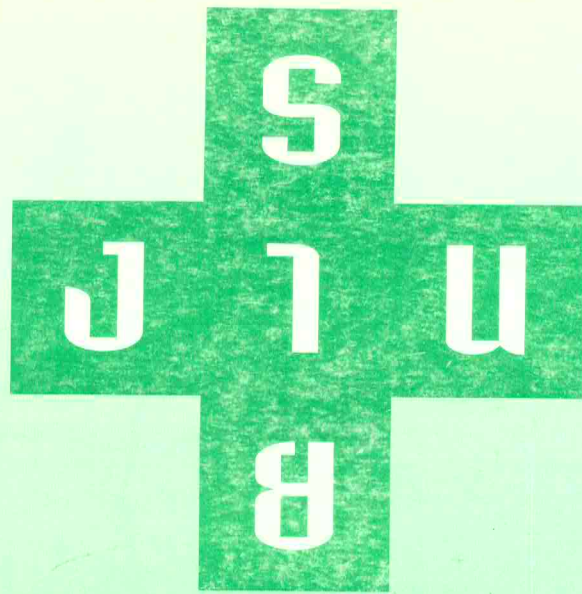




ร ก า ว ิ จ ย

เรื่อง การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน
และความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

ผู้วิจัย

นายแพทย์ชวรินทร์	ชาญศิลป์
นายแพทย์อภิชัย	มวคล
นางสาวกัศรา	เชษฐโชติศักดิ์
นางวิชณี	หัตถพนม
นางสาวจิณารัตน์	พิมพ์ดีด
นายคมชาย	สุขยี่ง
นายพรดุษิต	คำมีสินนท์
นายนิมิต	แก้วอาจ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2538

ห้องสมุด

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

10 ตุลาคม 2538

เลข 01595

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน
และความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

ผู้วิจัย : นายแพทย์ชวนนท์ ชาญศิลป์
นายแพทย์อภิชัย มงคล
นางสาวภัสรา เชษฐโชติศักดิ์
นางวัชณี หัตถพนม
นางสาวจิดารัตน์ พิมพ์ดีด
นายคมชาย สุขยิ่ง
นายพรดุลิต คำมีสินนท์
นายนิमित แก้วอาจ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2538

บทคัดย่อ

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความซุกของโรคจิต ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคลและคณะ เมื่อนำไปศึกษา ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น โดยพิจารณาจากค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ (gold standard)
2. เพื่อศึกษาความซุกของโรคจิต ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และคุณค่าการทำนาย ระหว่างแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตและแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ (2538)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น ระหว่างวันที่ 12 พฤษภาคม 2538 - 30 มิถุนายน 2538 จำนวน 745 คน และญาติหรือเพื่อนบ้านใกล้ชิด 745 คน โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในการศึกษา

เครื่องมือในการวิจัยประกอบไปด้วย แบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคล และคณะ (2538) และจิตแพทย์หรือแพทย์ (gold standard) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 5 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน และใช้หลักการวินิจฉัยโรคจิตตามหลักของ ICD 10 (International Classification of Disease 10) การเก็บข้อมูลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติตามแบบคัดกรองโรคจิต ผู้ที่ทำหน้าที่สัมภาษณ์ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 14 คน ที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้แบบคัดกรองโรคจิตจนมีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง จากนั้นสุ่มตัวอย่างจำนวน 30 % ของตัวอย่าง 745 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค โดยแพทย์ทั้ง 2 คนไม่ทราบผลจากแบบคัดกรองโรคจิตที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นตาม

กลุ่มอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็นช่วงละ 10 ปี ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องพบแพทย์ 224 คน เป็นตัวแทนของตัวอย่างที่มีคะแนนจากแบบคัดกรองโรคจิตเท่ากับศูนย์หรือเป็นผู้ที่ไม่เป็นโรคจิตสำหรับตัวอย่างที่มีคะแนนจากแบบคัดกรองโรคจิตตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ต้องพบแพทย์ทุกคน มีจำนวน 15 คน รวมตัวอย่างที่พบแพทย์จำนวน 239 คน (ได้พบแพทย์จริง 244 คน) ในกรณีแพทย์ 2 คนมีความเห็นไม่ตรงกัน แพทย์ทั้งสองจะปรึกษารื้อกันและสรุปผลลงความเห็นเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์โดยคำนวณหาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบและความชุกของโรคจิต
3. หาจุดตัดที่เหมาะสมโดยใช้ ROC curve
4. หาค่าความน่าเชื่อถือในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คน โดยใช้ Kappa statistic และ Mc Nemar chi - square test
5. หาค่าความจำเพาะ (specificity) หาโดยตรงไม่ได้เนื่องจากมีข้อจำกัดที่แพทย์ไม่สามารถพบกลุ่มตัวอย่างได้ทุกคน จึงใช้วิธีคำนวณกลับเพื่อหาค่าความจำเพาะทางอ้อมแทน

ผลการวิจัย พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองโรคจิตในชุมชน คือ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 75 ความจำเพาะร้อยละ 97.4 และถ้าเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน จะได้จุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนน เช่นเดิมแต่ให้ค่าความไวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 97 สำหรับความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น เท่ากับร้อยละ 1.6 (โดยแพทย์ 2 คน ให้การวินิจฉัยโรค)

ความน่าเชื่อถือของการวินิจฉัยโรคตรงกันของแพทย์ 2 คน พบว่าค่า Kappa statistic เท่ากับ 0.79 และเมื่อทำการทดสอบด้วย Mc Nemar chi - square พบว่าแพทย์คนที่ 1 และแพทย์คนที่ 2 มีการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าความไว ความจำเพาะและคุณค่าการทำนายระหว่างแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต (8 ข้อ) และแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ (11 ข้อบวกกับคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 ข้อ เป็น 12 ข้อ) พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 และ 2 คะแนน ให้ค่าความไว ความจำเพาะและคุณค่าของการทำนายที่ใกล้เคียงกัน แต่จุดตัดที่เหมาะสมตั้งแต่ 3 ถึง 6 คะแนน แบบคัดกรองของ อภิชัย มงคล และคณะ จะให้ค่าความไว ความจำเพาะที่มากกว่า

จากผลการศึกษาที่ได้พบว่าสามารถทำแบบคัดกรองฉบับนี้ไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีค่าความไว และความจำเพาะค่อนข้างสูง ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากในการค้นหาผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนเพื่อให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกต่อไป

Abstract

A psychotic screening test which was developed by Mongkol et al (1995)
Tambon Kogsamran, Amphur Banphai, Khon Kaen province.

This is a descriptive study. The objectives of this study are

1. To study the validity of this psychotic screening test.
2. To study the prevalence of psychosis in Ban Dong village by this screening test.
3. To compare the sensitivity, specificity and predictive value of this screening test to the Mental Health Department Psychotic screening test.

The study was done during May 12, 1995 - June 30, 1995. Fourteen village health volunteer were train to use the Mongkol et al psychotic screening test. They interviewed all the Ban Dong villagers who can answer the questionair (usually older than 5 year-old). Then 30% of this subjects who had negative screening test results and the positive screening test subjects were evaluated by 2 psychaitists who working at Knon Kaen Neuropsychiatric Hospital for more than 5 years (Served as gold standard). Thirty percent of these subjects (229) who had negative screening results and 15 cases who had positive results were seen by 2 doctors to validate the screening test. By using the cut of point score of 1 as positive Mongkol et al psychotic screening test, the sensitivity was 75% and the specificity was 97.4%. When compare this screening test to the Mental Health Department psychotic screening test by using cut of point score of 1 and 2, they were equal sensitivity , specificity and predictive value. But when using score of 3 or more, Mongkol et al screening test had more sensitivity and specificity.

The results of this study suggests that Mongkol et al psychotic screening test can be used in a community as a screening test. The prevalence of psychosis in Ban Dong was 1.6% (by gold standard).

กิติกรรมประกาศ

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่าย ดังต่อไปนี้

1. นายแพทย์วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง
2. รศ.น.พ.สุมิตร สุตรา หัวหน้าหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. รศ.น.พ.วีระชัย โควสุวรรณ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ภาควิชาอโรปีดิิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. รศ. มลีนี เหล่าไพบูลย์ หัวหน้าภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. ศ.น.พ. สมชาย สุพันธุ์วัฒน์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ.พ.ญ. พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รศ. ดร. เบญจา ยอดคำเนิน แอ็ดติ๊ก สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น ได้ให้ความช่วยเหลือโดยเป็นที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัยตลอดจนข้อคิดเห็นในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการวิจัย จนทำให้การวิจัยสำเร็จเป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้และขอขอบคุณ นายพา เกรียงไกร ผู้ใหญ่บ้านและ อ.ส.ม. บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลภาคสนาม

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้การสนับสนุนเงินทุนในการศึกษาครั้งนี้

ชวนันท์ ชาญศิลป์ และคณะ

26 มิถุนายน 2539

ห้องสมุด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
10 ตุลาคม 2539
ร.ร. 01545
สารบัญ

จ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ฎ
 บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
 บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความหมายของโรคจิต	7
ความชุกของโรคจิต	11
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต ในชุมชนและความชุกของโรคจิต	12
 บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	20
เครื่องมือในการวิจัย	21
การรวบรวมข้อมูล	22
การวิเคราะห์ข้อมูล	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลทั่วไป	28
ความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิต	34
ความน่าเชื่อถือของการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คน	49
เปรียบเทียบความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต และแบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคล และคณะ (2538)	50
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	56
อภิปรายผล	59
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	66
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	68
บรรณานุกรม	69
ภาคผนวก	
ประวัติผู้วิจัย	74
แบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ	79
คู่มือในการใช้แบบคัดกรองโรคจิต	83
ระบาคติยาของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น	86

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบ้านคง จำแนกตามเพศ อายุ	28
2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบ้านคง จำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา	29
3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบ้านคง จำแนกตามอาชีพ รายได้	30
4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบ้านคง จำแนกตามประวัติการ เจ็บป่วยทางจิต มีผู้ดูแลหรือไม่ มีประวัติโรคปัญญาอ่อน ลมชักหรือไม่	31
5 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบ้านคง จำแนกตามเคยมีประวัติ การรักษาที่โรงพยาบาลและปัจจุบันยังคงรักษาอยู่หรือไม่	32
6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบ้านคง จำแนกตามความสัมพันธ์ ของผู้ที่ให้ประวัติกลุ่มตัวอย่าง	33
7 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุก ของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	35
8 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุก ของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (นับประวัติการรักษาอาการทางจิตโดย เพิ่มคะแนนอีก 1 คะแนน รวมคะแนนแบบคัดกรองทั้งหมด 12 คะแนน)	37
9 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุก ของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ศึกษาเฉพาะเพศชาย)	39
10 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุก ของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ศึกษาเฉพาะเพศหญิง)	41
11 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุก ของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษา อาการทางจิตอีก 1 คะแนน และศึกษาเฉพาะเพศชาย)	43
12 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุก ของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการ ทางจิตอีก 1 คะแนนและศึกษาเฉพาะเพศหญิง)	45

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
13 เปรียบเทียบ cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ และความชุกของ โรคจิตระหว่างการศึกษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นกับการศึกษา ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น	47
14 เปรียบเทียบ cut off point ค่าความไว ความจำเพาะและความชุกของ โรคจิตระหว่างการศึกษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นกับการศึกษา ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น โดยเพิ่มคะแนนประวัติ การรักษาด้วยอาการทางจิตอีก 1 คะแนน	48
15 ความน่าเชื่อถือในการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คน	49
16 เปรียบเทียบคำถามในแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต และ แบบคัดกรองโรคจิตในการวิจัยนี้	50
17 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุก ของโรคจิตเมื่อตัดจำนวนข้อของแบบคัดกรองโรคจิตให้เท่ากับแบบคัดกรอง ของกรมสุขภาพจิตเหลือเพียง 7 ข้อ ที่มีข้อความเหมือนกัน	51
18 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุก ของโรคจิตเมื่อตัดจำนวนข้อของแบบคัดกรองโรคจิตให้เท่ากับแบบคัดกรอง ของกรมสุขภาพจิตและเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 ข้อ เป็น 8 ข้อ	52
19 เปรียบเทียบ cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ระหว่างแบบคัดกรองโรคจิตที่ตัดให้เหลือจำนวนข้อเท่ากับกรมสุขภาพจิต (7 ข้อ บวกประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 ข้อ เท่ากับ 8 ข้อ) กับ แบบคัดกรองของอภิชัย มงคล และคณะ (11 ข้อ บวกประวัติการรักษา อาการทางจิตอีก 1 ข้อ เท่ากับ 12 ข้อ)	53
20 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านดง จำแนกตามเพศ อายุ	86
21 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านดง จำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา	87

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
22	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านดง จำแนกตามอาชีพและ มีผู้ดูแลหรือไม่	88
23	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านดง จำแนกตามเคยมีประวัติ การรักษาที่โรงพยาบาลและปัจจุบันยังคงรักษาอยู่หรือไม่	89

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง (N= 745)	36
2	ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาด้วยอาการทางจิตอีก 1 คะแนน รวม คะแนนแบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 12 คะแนน	38
3	ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง (ศึกษาเฉพาะเพศชาย)	40
4	ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง (ศึกษาเฉพาะเพศหญิง)	42
5	ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง (โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน และศึกษา เฉพาะเพศชาย)	44
6	ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง (โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน และศึกษา เฉพาะเพศหญิง)	46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม การแข่งขันกันอย่างรุนแรงในเชิงธุรกิจ ความบีบรัดตัวในทางเศรษฐกิจและความถดถอยในคุณภาพชีวิตของวัฒนธรรมไทย ปัญหาเหล่านี้รุมเร้าประชาชนตลอดเวลา บั่นทอนกำลังกาย กำลังใจทุกขณะ ประชาชนเกิดความเครียดสูง และอาจรุนแรงถึงขั้นมีอาการโรคจิต จากสถิติการฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิต ภาวะปัญญาอ่อน โรคซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ (ปรีชา อินท , 2538 : 1)

จากการวางแผนงานพัฒนาสุขภาพจิต 7 ปี (พ.ศ. 2538 - 2544) พอจะสรุปสภาพปัญหาได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรในขณะนี้ ทำให้มีประชากรในวัยทำงาน ผู้สูงอายุมากขึ้น มีการย้ายถิ่นฐานสู่เขตเมือง มีผลให้สัดส่วนของประชากรในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ปัญหาของสังคมเมืองจะมากขึ้น ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพจิตที่จะมีการเปลี่ยนแปลงอีกมากในสังคม

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่ควรได้รับการเอาใจใส่และหาทางป้องกัน ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าปัญหาสังคมอื่น ๆ แม้ว่าปัจจุบันกล่าวได้ว่ามีผู้ให้ความสนใจมากขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเรื่องสุขภาพจิตเป็นนามธรรมเกินกว่าที่จะมองเห็นกันได้อย่างชัดเจน ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขปัจจุบัน มีแนวทางหลักคือ การส่งเสริมภาวะสุขภาพดีและป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงการให้ผู้ป่วยระยะเริ่มแรกได้รับการบำบัดรักษา เพื่อลดความรุนแรงของโรค การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยก็ยึดแนวทางเช่นเดียวกัน

โรคจิตเป็นโรคจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือสาเหตุทางอารมณ์โดยแสดงลักษณะของความผิดปกติทางความคิด พฤติกรรม ไม่สามารถเข้าใจสภาวะ

โรคจิตเป็นโรคจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือสาเหตุทางอารมณ์โดยแสดงลักษณะของความผิดปกติทางความคิด พฤติกรรม ไม่สามารถเข้าใจสภาวะต่าง ๆ ตามความเป็นจริงอาจจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน ขาดความรู้จักตนเอง (no insight) ความผิดปกติดังกล่าวทำให้การตัดสินใจของผู้ป่วยเสียไป (คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติเรื่องสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข , ม.ป.ป. : 16)

องค์การอนามัยโลก รายงานว่ามีอัตราของการเกิดโรคจิตชนิดเฉียบพลัน (acut psychotic episodes) ด้วยสาเหตุใดก็ตามจะอยู่ในระดับ 0.5 ต่อประชากร 1,000 คน หรือสูงกว่านั้นเล็กน้อย ส่วนผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเรื้อรัง (chronic psychiatric disorders) จะมีประมาณ 5 ต่อประชากร 1,000 คน (ส่วนวิจัยและพัฒนา สำนักพัฒนาสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข , 2537 : 25) แต่ถ้ามองในภาพรวมแล้วจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกเช่นกัน พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคจิตคิดเป็นร้อยละ 1 ของประชากร (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , 2537 : 124) ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตนั้น ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นแต่ค่อนข้างช้า จากเครื่องชี้ภาวะสังคมปี พ.ศ. 2529 - 2534 พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคภาวะแปรปรวนทางจิต 1.72 ล้านคนในปี พ.ศ. 2529 และเพิ่มเป็นจำนวน 1.90 ล้านคนในปี พ.ศ. 2534 (พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ , 2538 : 1) และโรคจิตก็เป็นโรคหนึ่งที่เพิ่มขึ้นตามด้วย

จากปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เพราะสภาพความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการพัฒนาประเทศ โรคจิตเป็นโรคทางจิตเวชโรคหนึ่งที่มีความรุนแรงและก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมาย แก่ครอบครัวและสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิต นอกจากนี้โรคจิตถ้าได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องปล่อยให้เกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ จะทำให้เกิดภาวะเรื้อรังได้

โรคทางจิตเวชส่วนมากไม่เป็นสาเหตุของการตายโดยตรง อัตราตาย (Mortality rate) จึงต่ำ แต่อัตราตายแสดงได้เพียงส่วนหนึ่งของสถานภาพทางสุขภาพของประชาชนเท่านั้น โรคทางจิตเวชที่รุนแรงทำให้เกิดปัญหาความพิการ ความเรื้อรังเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมหรือน้อยบางโรคก็ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุขและไม่สามารถใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติได้ (คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติเรื่องสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข , ม.ป.ป. : 7)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดให้มีโครงการค้นหาผู้ป่วย 3 โรค ได้แก่โรคจิต ลมชักและปัญญาอ่อน ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ จำเป็นต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในกรณีถ้าเกิดโรคนั้น ๆ แล้ว และเพื่อฟื้นฟูสภาพกาย จิต สังคม เพื่อให้โรคที่เป็นอยู่เดิมเกิดความรุนแรงและเรื้อรังน้อยที่สุด และผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ไม่เป็นการระของญาติและสังคมมากนัก อีกทั้งผู้ป่วยทั้ง 3 โรค ถ้าสามารถคัดกรองได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ ก็จะสามารถเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ ทั้งนี้เพราะโรคจิตบางโรคเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค

นอกจากนี้ ในประเทศไทยยังขาดข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญให้เห็นถึงขนาด ลักษณะการกระจายของปัญหา และองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการกระจายของโรค เพื่อนำมาดำเนินการวางแผนป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งการรักษาอย่างต่อเนื่องอันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

ในการค้นหาผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน และการศึกษาระบาดวิทยาโรคจิต จำเป็นต้องมีเครื่องมือในการคัดกรองโรคจิตในชุมชนที่มีความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่อนข้างสูง ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในชุมชน (feasibility) โดยคนในชุมชนเอง อภิชัย มงคล และคณะ (2538 : ก) ได้ทำการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต โดยได้สร้างแบบคัดกรองโรคจิตขึ้น ซึ่งได้ค่าความไว ร้อยละ 53.5 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ในระดับจุดตัดที่เหมาะสมคือ 4 คะแนน แต่การศึกษาดังกล่าวได้นำแบบคัดกรองไปทำการศึกษาความถูกต้องกับผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ซึ่งมีความชุกของโรคจิตขณะทำการศึกษาเท่ากับ ร้อยละ 59.4 และแบบคัดกรองฉบับนี้ยังไม่เคยไปทำการศึกษาในชุมชนเลย เนื่องจากการคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ของกรมสุขภาพจิตที่จัดทำขึ้นจะต้องใช้เครื่องมือคัดกรองโรคจิตในชุมชนและเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือแบบคัดกรองโรคจิต จะให้ค่าความไว ความจำเพาะเปลี่ยนแปลงไปตามความชุกของโรคจิตอีกด้วย การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการนำแบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคลและคณะไปทำการศึกษาในชุมชนเพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตก่อนนำแบบคัดกรองฉบับนี้ไปใช้จริงกับประชากรทั่วประเทศโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคลและคณะ เมื่อนำไปศึกษา ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น โดยพิจารณาจากค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ (gold standard)
2. เพื่อศึกษาความชุกของโรคจิต ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และคุณค่าการทำนาย ระหว่างแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตและแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ (2538)

ขอบเขตของการวิจัย

1. เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างและญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านคง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น ในช่วงวันที่ 12 พฤษภาคม 2538 - 30 มิถุนายน 2538 ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 745 คน และญาติหรือเพื่อนบ้าน 745 ราย (กลุ่มตัวอย่างที่ถูกศึกษาในการวิจัยนี้ เป็นทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ถูกศึกษาและญาติของกลุ่มตัวอย่าง) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling or judgmental sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในการศึกษา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย
 - 2.1 แบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคล และคณะ (2538)
 - 2.2 จิตแพทย์หรือแพทย์จำนวน 2 คน เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
3. การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถนำแบบคัดกรองโรคจิตไปใช้คัดกรองประชากรที่อยู่อาศัยในบ้านคง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น ทั้งหมดได้ ซึ่งมีจำนวน 1,082 คน ทั้งนี้เนื่องจากประชากรที่เหลืออยู่ในวัยเด็กเล็กไม่สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้ และบางส่วนเดินทางไปทำงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ จำนวนผู้ที่ตอบแบบคัดกรองจึงคิดเป็นร้อยละ 68.85 ของประชากรทั้งหมด

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยความจริงใจ
2. ผู้สัมภาษณ์แต่ละคนมีความสามารถที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจากก่อนทำการสัมภาษณ์ได้มีการอบรมและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้คู่มือและแบบคัดกรองโรคจิต จนมีความสามารถและความเข้าใจตรงกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคจิต หมายถึง โรคจิตทั้ง Functional Psychosis และ Organic Psychosis ซึ่งแพทย์ทั้ง 2 คน (gold standard) ให้การวินิจฉัยโรคตรงกันว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต

ความไว (sensitivity) หมายถึง โอกาสที่เครื่องมือใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย จะเป็นผลบวกในคนที่ป่วยโรค (positivity in disease)

ความจำเพาะ (specificity) หมายถึง โอกาสที่เครื่องมือใช้ในการคัดกรองจะเป็นผลลบในคนปกติ (negativity in Health)

คุณค่าของการทำนายผลบวก (positive predictive value) หมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็นโรค เมื่อผลทดสอบเป็นบวก

คุณค่าของการทำนายผลลบ (negative predictive value) หมายถึง โอกาสที่จะไม่เป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นลบ

ความถูกต้องของการทดสอบ (accuracy) หมายถึง อัตราส่วนที่การทดสอบใหม่ให้ผลสอดคล้องกับการทดสอบมาตรฐานต่อจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบทั้งหมด

ความชุกของโรค (prevalence) หมายถึง อัตราส่วนของประชากรที่เป็นโรคต่อประชากรทั้งหมดที่นำมาศึกษา เมื่อเราเปรียบเทียบการทดสอบกับการตรวจมาตรฐาน

การตรวจมาตรฐาน (gold standard) หมายถึง การตรวจวินิจฉัยโรค โดยจิตแพทย์ หรือแพทย์ จำนวน 2 คน และลงความเห็นว่าคุณป่วยเป็นโรคจิตหรือไม่เป็นโรคจิตเหมือนกันทั้ง 2 คน

ROC Curve (Receiver Operating Characteristic) หมายถึง การหาจุดตัด (cut off point) ที่เหมาะสมระหว่าง True positive rate (sensitivity) และ False positive rate (1 - specificity) และ plot ได้เป็น curve ถ้า curve นี้มีลักษณะเลื่อนไปทางซ้ายมากก็จะแสดงว่าการทดสอบนั้นได้ผลดีเพราะทำให้ True positive rate สูงในขณะที่ False positive rate ต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีเครื่องมือในการคัดกรองโรคจิตในชุมชนที่ผ่านการศึกษาความถูกต้อง ความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนาย และผ่านการทดสอบความง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในชุมชนจริง ๆ
2. สามารถนำแบบคัดกรองนี้เป็นเครื่องมือในการค้นหาผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งนำไปศึกษาเพื่อหาข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทยต่อไป
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และความชุกของโรคจิต ณ บ้านคง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น ผู้วิจัยได้นำเสนอโดยแบ่งเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความหมายของโรคจิต
2. ความชุกของโรคจิต
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และความชุกของโรคจิต

1. ความหมายของโรคจิต

คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติเรื่อง สุขภาพจิต (ม.ป.ป. : 16) ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่าเป็นโรคจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือสาเหตุทางอารมณ์ โดยแสดงลักษณะของความผิดปกติทางความคิด พฤติกรรม ไม่สามารถเข้าใจสถานะต่าง ๆ ตามความเป็นจริง อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน ขาดความรู้จักตนเอง (no insight) ความผิดปกติดังกล่าวทำให้การตัดสินใจของผู้ป่วยเสียไป

ศักดิ์ กาญจนวิโรจน์กุล (2537 : 1) ได้ให้ความหมายของโรคจิต คือ เป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากจิตใจ (psychological or functional) หรือ สาเหตุจากร่างกาย (organic) และมีผลทำให้มีความผิดปกติในความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การเข้าใจสถานะความเป็นจริงและพฤติกรรมอย่างมากจนเป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองความต้องการของชีวิตตามธรรมดา มักจะแสดงออกโดยมีพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำลง มีความหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination)

จากคำจำกัดความดังกล่าวอาจสรุปลักษณะของโรคจิตได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ ผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพและท่าทางเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและตัวเองเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งอาจจะเป็นในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง เช่น แยกตัวเอง ไม่พูดกับใคร ยิ้ม หัวเราะ หรือพูดคนเดียว แต่งตัวสกปรกหรือใส่เสื้อผ้าแบบแปลก ๆ ซึ่งไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ หรือความนิยมของสังคมอาจย่นชันแข็งมากผิดปกติ พูดมากขึ้น เอะอะอาละวาด เดินไปเดินมาไม่ยอมหลับนอน

ลักษณะของอารมณ์จะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ไม่ยินดียินร้ายเฉยเมย ไร้ความรู้สึก หรืออาจมีลักษณะเศร้ามาก ตื่นเต้นมาก หรือเป็นสุขมาก

2. ไม่สามารถเข้าใจสถานะต่าง ๆ ตามความเป็นจริง (out of reality) โดยจะแสดงออกเป็นอาการหลงผิด (delusions) เช่นคิดว่าตนเองเป็นคนใหญ่คนโต เป็นมหาเศรษฐี มีอำนาจพิเศษ คิดหากระแวงคนจะมามีอำนาจร้าย ในบางเวลาอาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาขู่มา มานินทาหรือติเตียนการกระทำ เห็นภาพหลอน หรือรู้สึกว่ามีคนมีแมลงมาไต่ตามตัว ได้กลิ่นแปลก ๆ

3. ขาดความรู้จักตนเอง (no insight) ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย และปฏิเสธการรักษา ส่วนมากญาติหรือคนใกล้ชิดจะเป็นคนพามา

โรคจิตอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. โรคจิตที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychological or Functional psychosis) หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง (no changes in structure) ของอวัยวะดังกล่าว พอจะอนุมานได้ว่าเป็นโรคจิตที่มีสาเหตุจากจิตใจ เช่น โรคจิตเภท

2. โรคจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย (Organic psychosis) หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง (structural changes or alterations) ของอวัยวะหรือระบบอวัยวะในร่างกายทำให้มีอาการทางจิต โดยทั่วไปเมื่อรักษาโรคทางกายหาย อาการทางจิตจะหายไป เช่น เนื้องอกในสมอง สมองอักเสบ ภาวะเป็นพิษจากสารหรือยาบางอย่าง ไตวาย คอพอกเป็นพิษ

เนื่องจากโรคจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย มักจะรักษาหายได้ ถ้าสามารถหาสาเหตุของโรคทางกายที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการทางจิตเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าสามารถควบคุมเบาหวานได้ อาการทางจิตก็จะหายไป หรือในรายที่มีอาการทางจิตเนื่องจากเนื้องอกในสมองเมื่อผ่าตัดเอาเนื้องอกออก อาการทางจิตจะดีขึ้น นอกจากนี้โรคจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย ถ้าไม่รักษาโรคทางกายรักษาแต่อาการทางจิตจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตที่มีสาเหตุจากมะเร็งในสมอง จากคอกพอกเป็นพิษ พิษจากสารเสพติดหรือยา เช่น สุรา เฮโรอีน ฉะนั้นเมื่อพบผู้ป่วยโรคจิตทุกรายจึงต้องแยกผู้ป่วยโรคจิตที่มีสาเหตุจากทางร่างกาย ออกจากโรคจิตที่มีสาเหตุทางจิต

กรมสุขภาพจิต (2538 : 1 - 3) ได้ให้ความหมายของโรคจิต คือ โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยมักจะไม่นยอมรับว่าตนเองป่วย

ภาษาชาวบ้าน โรคจิต คือ บ้าหรือวิกลจริต

ผู้ป่วยโรคจิต ก็คือ คนบ้าหรือคนวิกลจริต นั่นเอง

อาการของโรคจิต โดยทั่วไปพบความผิดปกติในด้านต่าง ๆ

1. ความผิดปกติด้านความคิด เช่น หลงผิด คิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต เป็นผู้วิเศษ ระแวงว่ามีคนปองร้าย
2. ความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น หัวเราะ ร้องไห้โดยไม่สมเหตุสมผลหรือเฉยเมยไม่สนใจใคร
3. ความผิดปกติด้านการแสดงออก เช่น ไม่สนใจตัวเอง ปล่อยให้เนื้อตัวสกปรก คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายคน ทำลายของ พุดคนเดียว อยู่หนึ่งไม่ได้ ไม่นอน งุนวาย รบกวนคนอื่น
4. ความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคน สัตว์ หรือเสียงแปลก ๆ โดยไม่มีตัวตน เห็นภาพหลอนเป็นคน สัตว์ ผี ฯลฯ

แคปเปลน และซาดอค (Kaplan and Sadock, 1995 : 681, 903) ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่า เป็นการสูญเสียความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง และการสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจ แสดงออกให้เห็นด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน สับสน และความจำเสื่อม

ในระยะห้าสิบปีที่ผ่านมาได้มีการให้ความหมายของโรคจิตเพิ่มขึ้น หมายถึง ภาวะที่ความสามารถทางด้านสังคม และความสามารถส่วนตัวเสื่อมเสียไปมาก แสดงออก โดยการแยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ บางท่านอาจพิจารณาจากความเสื่อมถอยของ Ego ของผู้ป่วยเป็นเงื่อนไขสำคัญในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตหรือไม่

เมื่อพิจารณาจากพจนานุกรมของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่ามีการเสื่อมเสียความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) คำ ๆ นี้อาจจะใช้บรรยายพฤติกรรมของบุคคลใด บุคคลหนึ่ง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง หรือบรรยายโรคทางจิตใจบางโรค บางช่วง ในระยะที่มีการเจ็บป่วย บุคคลทุกคนที่เป็นโรคนี้อาจมีความเสื่อมทางความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) อย่างมาก

ลักษณะสำคัญของพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตคือ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน บางครั้งเราใช้คำว่า "โรคจิต" กับพฤติกรรมที่ไม่เป็นเรื่องเป็นราวมาก ๆ เนื่องจากมีเหตุผลอันสมควรจะอนุมานว่าบุคคลนั้นเสื่อมความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) อย่างแน่นอน ตัวอย่างเช่น การพูดจาเรื่อยเปื่อยไม่ได้เรื่องราว โดยผู้พูดไม่ตระหนักว่าที่ตนพูดไปนั้น คนอื่นไม่เข้าใจในสิ่งที่ตนพูด หรือการที่บุคคลมีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่สนใจอะไร สูญเสียในเรื่องกาลเวลา สถานที่ และบุคคลที่พบในโรค alcoholic intoxication delirium

ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคและสถิติของโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) โรคจิตประกอบไปด้วยโรคต่าง ๆ เหล่านี้ คือ Pervasive developmental disorders, Schizophrenia, Schizophreniform disorder, Schizo-affective disorder, Delusional disorder, Brief psychotic disorder, Shared psychotic disorder, Psychotic disorder due to a general medical condition, Substance-induced psychotic disorder, Psychotic disorder not otherwise specified และโรคทางอารมณ์ที่รุนแรงบางโรคที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย

ในภาคผนวก C (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Glossary of Technical Terms) ในคู่มือการวินิจฉัยโรค และสถิติของโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (DSM-IV) ให้คำจำกัดความของ

"โรคจิต" อย่างสั้น ๆ ว่า "เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนชัดเจน โดยที่อาการประสาทหลอนนั้นต้องเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุให้เห็นชัดเจน"

จากการทบทวนเอกสารและตำราทางวิชาการเกี่ยวกับความหมายของโรคจิตพอจะสรุปได้ดังนี้

โรคจิต หมายถึง โรคทางจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกายหรือสาเหตุทางอารมณ์ โดยมีความผิดปกติทางพฤติกรรมและความคิด มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนชัดเจน อาการประสาทหลอนนั้นต้องเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุให้เห็นเด่นชัด

2. ความชุกของโรคจิต

จิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างสูง คือ 1 - 2 % ของประชากรโลก (American Psychiatric Association, 1980 : 25)

องค์การอนามัยโลกชี้ว่าปี 2536 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตประมาณ 300 ล้านคน โดยจำนวนมากกว่า 50 ล้านคน เป็นโรคจิตชนิด Schizophrenia (วัฏจักรวงการแพทย์, 2535 : 1)

องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่ามีผู้ป่วยโรคจิต 1% ของประชากร (กรมการแพทย์ , 2537 : 124) และรายงานต่อไปว่า incidence ของโรคจิตชนิดเฉียบพลัน (acute psychotic episode) ด้วยสาเหตุใดก็ตามจะอยู่ในระดับ 0.5 ของประชากร 1,000 คน หรือสูงกว่านั้นเล็กน้อย ส่วนผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเรื้อรัง (Chronic psychiatric disorders) จะมีประมาณ 5 ต่อประชากร 1,000 คน จากการศึกษาในวัฒนธรรมหรือสังคมต่าง ๆ ทั่วโลก พบว่าอัตราการเกิดโรคไม่ค่อยแตกต่างกันมากในแต่ละสังคม การเกิดโรคจิตจากสาเหตุทางจิตใจในชนบทและในเมืองยังไม่พบความแตกต่างชัดเจน (สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข , 2538 : 243 - 244)

แคปเปลน และซาดอค (Kapland and Sadock, 1995 : 394) ได้รายงานถึงอัตรา One month point prevalence ต่อประชากรสหรัฐอเมริกา 100 คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิต (Functional psychosis and Organic psychosis) ในกลุ่มโรคที่พบได้บ่อย ๆ ดังนี้

โรคจิต	รวม	ชาย	หญิง
1. โรคจิตเภททุกชนิด	0.7	0.7	0.7
2. Manic episodes-Affective disorders	0.4	0.3	0.4
3. Cognitive impairment-severe	1.3	1.4	1.3
รวม	2.4	2.4	2.4

โรคจิตเภท พบมากในกลุ่มอายุ 25 - 44 ปี (1.1 %) รองลงมาอายุ 18 - 24 ปี (0.8 %)

โรคจิตเภท พบในสถานภาพสมรส แยกกันอยู่ หย่าร้าง มีอัตราสูง ประชากรในกลุ่มสังคมเศรษฐกิจระดับต่ำเป็นมากกว่าชั้นสูง เมื่อเปรียบเทียบกับชนชั้นที่อยู่ในสังคมและเศรษฐกิจดี ได้ค่า odd ratio เท่ากับ 8 เท่า

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิต

3.1 งานวิจัยภายในประเทศไทย

พ.ศ. 2502 ขจร อันตรการ และอรุณ ภาคสุวรรณ (อ้างในคณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติเรื่องสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป. : 15) ได้รายงานการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตที่จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดละ 5 หมู่บ้าน โดยใช้แบบสำรวจ พบว่า ที่จังหวัดชัยภูมิ มีผู้ป่วยโรคจิต 0.89 ต่อประชากร 1,000 คน และที่จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคจิต 3.03 ต่อประชากร 1,000 คน

พ.ศ. 2505 ฝน แสงสิงแก้ว (2512 : 40-57) ได้สำรวจระดับวิทยาของผู้ป่วยโรคจิตที่จังหวัดนครราชสีมา โดยการใช้สถิติสุ่มตัวอย่างประชากรเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์ พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตประมาณ 4 คน ต่อประชากร 1,000 คน

พ.ศ. 2513 - 2514 มารวิน โฟร์สโตน ฝน แสงสิงแก้ว และคณะ (2522 : 255 - 260) ได้ทำการสำรวจคนไข้จิตเวชที่อำเภอแม่สะเรียง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาจำนวนคนไข้จิตเวชที่ปรากฏชัดเจนในชุมชนของชาวละแวกแห่งบ้านแพะจอมแจ้ง ที่ตำบลอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในการค้นหาคนไข้โรคจิตเวช โดยทำการศึกษาดังนี้

แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มแรกเป็นผู้ที่ผู้นำของหมู่บ้านแจ้งว่าอาจเป็นโรคทางจิตเวช เคยเป็นโรคทางจิตเวชหรือเคยเป็นโรคประสาทอย่างแรงมาก่อน จำนวน 25 คน

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม เป็นญาติผู้ป่วยหรือชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนดังกล่าว โดยทำการสุ่มตัวอย่างออกมาจำนวนหนึ่ง

ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ทั้ง 3 สาย คือ สายที่ 1 จิตแพทย์ไทย สายที่ 2 จิตแพทย์ต่างประเทศ สายที่ 3 นักศึกษาแพทย์สำหรับนักศึกษาแพทย์ ใช้การการตรวจสภาพจิตโดยวิธีของสปีตเซอร์ จากนั้นทั้งสามสายได้นำผลมาวินิจฉัยร่วมกัน ถ้าเป็นโรคทางจิตเวชชัดเจนกันก็บันทึกไว้ โรคจิตเวชที่แน่ชัดนี้หมายถึง Severe Psychiatric Illness

สรุปผลการตรวจวินิจฉัยปรากฏว่า ประชากรของบ้านแพะจอมแจ้ง จำนวน 188 ครัวเรือน เป็นชาย 439 คน หญิง 469 คน รวม 908 คน พบ 8 คน เป็นโรคจิตชัดเจน ระบาดวิทยาของคนไข้โรคจิตจึงเท่ากับ 8.8 ต่อ 1,000 คน ในจำนวน 8 คนนี้ สันนิษฐานว่าเป็นจิตเภท (Schizophrenia) 6 คน โรคจิตทางอารมณ์ (Affective disorders) 1 คน และกลุ่มอาการทางสมอง (Senile dementia) อีก 1 คน

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2525 : 18) ได้ทำการศึกษาระบาดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสุ่มตัวอย่างจากประชากรในกรุงเทพมหานคร และประชากรในส่วนภูมิภาค ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบไปด้วย 4 ส่วนคือ

- | | |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปของบุคคลที่อยู่ในบ้าน |
| ส่วนที่ 2 | ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับประชากรในหมู่บ้าน |
| ส่วนที่ 3 | ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการแต่ละคน ได้แก่ รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับ แขน ขาขาดหรือพิการ ตาบอด เป็นใบ้ หูหนวก หูตึง เป็นอัมพาต เป็นบ้า ปัญญาอ่อน ดิคาเสฟติดหรือสารเสฟติด ดิเคเหล้า พิการในลักษณะอื่น ๆ |
| ส่วนที่ 4 | รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในบ้าน |

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตพบว่า มีผู้ป่วยโรคจิต 0.79 ต่อประชากร 1,000 คน

สงศรี จัยสิน และคณะ (2528 : 247 - 259) ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สำรวจภาวะสุขภาพจิต ของประชาชนในจังหวัดชลบุรี
2. จำแนกประเภทของการเจ็บป่วยทางจิตและหาอัตราการเจ็บป่วยในกลุ่มประชากรนี้
3. การศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา เพื่อให้ทราบถึงองค์ประกอบอันอาจเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต

คณะผู้วิจัยได้แบ่งการสำรวจออกเป็น 2 ตอน โดยขั้นแรกใช้แบบสอบถาม Health Opinion survey (HOS) ขั้นที่ 2 ใช้แบบสอบถาม Symptom check list 90 (SCL 90) ทำการศึกษาจากประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และสุ่มตัวอย่างมาจากทุกอำเภอของจังหวัดชลบุรี ได้ตัวอย่างทั้งหมด 1,217 ครอบครัว จำนวน 4,114 คน เป็นชายจำนวน 1,814 คน (ร้อยละ 44) และหญิง 2,300 คน (ร้อยละ 56) ผลการวิจัยพบว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิต 28.65 % จากประชากรทั้งหมดและพบผู้ป่วยโรคจิต 1.9 ต่อประชากร 1,000 คน แยกปัญหาทางโรคประสาทพบว่า วิตกกังวล 14.59 % และปัญหาทางประสาท ร้อยละ 26.3 %

สถาบันสุขภาพจิตได้ดำเนินโครงการค้นหาผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน ในปี พ.ศ. 2536 โดยมีเครื่องมือในการคัดกรองโรคจิต จำนวน 8 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. พูดเพื่อเจือคนเดียว
2. แต่งตัวสกปรก มอมแมม แปลก
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น
4. หวาดระแวงว่ามีคนจะทำร้าย
5. หลงผิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ เก่งกว่าคนธรรมดา
6. หูแว่วได้ยินเสียง มองเห็นภาพหลอน
7. แยกตัวเองจากสังคมไม่สูงส่งกับใคร
8. มีประวัติการรักษาโรคจิต

เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตนี้ สถาบันสุขภาพจิตเป็นผู้สร้างเครื่องมือขึ้น โดยมีจิตแพทย์ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคร่วมกันคิดขึ้นในปี พ.ศ. 2535 และทดลองนำไปใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา แต่เครื่องมือคัดกรองฉบับนี้ยังไม่เคยทำการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ

อภิชัย มงคล และคณะ (2538 : ก) ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างแบบคัดกรองโรคจิตและทดสอบความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต โดยพิจารณาจากค่าความไว ความจำเพาะ เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์
2. สร้างคู่มือในการใช้แบบคัดกรองโรคจิตในภาคอีสาน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วย 510 คน และญาติผู้ป่วย 510 คน ที่มารับบริการ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในช่วงวันที่ 4 เมษายน 2538 - 2 พฤษภาคม 2538

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย แบบคัดกรองโรคจิตและแพทย์จำนวน 2 คน โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้ป่วยและญาติตอบแบบคัดกรองโรคจิต
2. ผู้ป่วยและญาติพบแพทย์ 2 ครั้ง เพื่อวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ทั้ง 2 คน ไม่ทราบผลที่ได้รับจากแบบคัดกรอง

ผลการศึกษาพบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองโรคจิต อยู่ที่ 4 คะแนน ได้ค่าความไวร้อยละ 53.5 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 82.2 แต่ถ้าเพิ่มประวัติการรักษาอาการทางจิตในส่วนนี้อีก 1 คะแนนจะได้จุดตัดที่เหมาะสม 4 คะแนนเช่นเดิม แต่ได้ค่าความไวร้อยละ 66.3 ความจำเพาะร้อยละ 75.8 คุณค่าในการทำนายผลบวกร้อยละ 80.1 ความชุกของโรคจิตที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอกร้อยละ 59.4

3.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

เดอ แซลเวีย ดี และคณะ (de Salvia D. and et al, 1993 : 275 - 282) ได้ทำการศึกษาโรคจิตเภทและ Functional psychosis อื่นๆ ในภาคเหนือของอิตาลี พบว่ามี

incidence rate 0.2 ต่อ 1,000

point prevalence 1.4 %

life time prevalence ประมาณ 5.2 %

พบมากที่สุดในช่วงอายุ 45 - 64 ปี

ซุสเซอร์ และสเทนนิง (Susser E.S. and Struening E.L., 1990 : 133 - 145) ได้ทำการศึกษาเรื่องการคัดกรองและการวินิจฉัยโรคจิตในผู้ที่ไร้ที่อยู่อาศัย จำนวน 695 คน ที่เข้ามาอาศัยอยู่ใน New York City Shelter เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย diagnostic interview และ screening scales

diagnostic interview หรือ SCID - PD (The Structured Clinical interview for DSM III R Psychotic disorders) ผู้ที่ใช้เครื่องมือนี้เป็นนักศึกษาจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 7 คน และถูกฝึกในการใช้ SCID - PD โดยจิตแพทย์ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติในหลายสัปดาห์จนสามารถใช้เครื่องมือได้ แบบสัมภาษณ์ SCID - PD ทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์ซ้ำโดยจิตแพทย์ และลงความเห็นว่าเป็นโรคจิตแน่นอน (definite) น่าจะเป็นโรคจิต (probable) อาจจะเป็นโรคจิต (possible) หรือไม่เป็นโรคจิต

Screening Scales ประกอบไปด้วย

1. Psychiatric Epidemiology Research Instrument (PERI) ประกอบไปด้วย 10 ข้อดังนี้

1. ได้ยินเสียงหรือคำพูดที่คนอื่น ๆ ไม่ได้ยิน
2. รู้สึกว่ามีคนต้องการทำร้ายคุณ
3. รู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่แปลก/ไม่เหมือนปกติอยู่รอบ ๆ ตัวคุณ
4. เห็นบางสิ่งบางอย่างที่คนอื่นมองไม่เห็น
5. มีพลังพิเศษที่คนอื่น ๆ ไม่มี
6. คุณคิดว่าคุณถูกรบกวนงำโดยวิญญาณ/ภูต ผี ปีศาจ
7. รู้สึกว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของคุณ
8. มีความคิด/คิดว่าไม่มีใครเข้าใจความคิดของคุณ
9. รู้สึกว่าความคิดถูกใส่มาในตัวคุณซึ่งไม่ใช่ความคิดของคุณ
10. รู้สึกว่าจิตใจของคุณถูกรบกวนควบคุมโดยอำนาจภายนอกซึ่งคุณไม่สามารถควบคุมได้

มีหลักการให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน (จากไม่เคยมีอาการ - บ่อยมาก)
Cut off points > 12 ได้ค่า internal consistency reliability ของคำถามทั้ง 10 ข้อ ค่อนข้างสูง
เท่ากับ 0.87

2. Scale of Observational Ratings (OR) ประกอบไปด้วย 6 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. Inappropriate affect
2. การแต่งกายไม่เรียบร้อย หรือแต่งกายแปลก ๆ
3. แยกตัวเองมากและพบว่ามีความยากลำบากในการตอบคำถาม
4. ความคิดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ไม่เป็นไปตามปกติ
5. สีหน้าเฉยเมย อารมณ์ราบเรียบ
6. มีทัศนคติที่ไม่ไว้วางใจ/สงสัย

มีหลักการให้คะแนนจาก 0 - 5 คะแนน (ไม่มีเลย - มีเป็นส่วนใหญ่) Cut off
point > 10 ได้ค่า internal consistency reliability ของแบบสังเกตทั้ง 6 ข้อ เท่ากับ 0.72

การเก็บข้อมูล PERI และ OR เจ้าหน้าที่ของบ้านพักใน New York เป็นผู้เก็บ
ข้อมูลและจากผลการศึกษาที่ได้รับได้ค่า sensitivity 0.75 specificity 0.91 positive predictive
value 0.75 Kappa statistic 0.66

จากการศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคจิตในการศึกษานี้พบว่า ในกลุ่มที่
เป็นโรคจิตแน่นอน มีความชุกของโรคจิตร้อยละ 12 และกลุ่มที่น่าจะเป็นโรคจิตและอาจจะ
เป็นโรคจิตร้อยละ 25

เอียนตัน และคณะ (Eaton W.W. and et al, 1991 : 689 - 693) ได้ทำการ
ศึกษาเรื่องการคัดกรองโรคจิตในประชาชนทั่วไป โดยใช้การตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง
(Self - Report Interview) โดยศึกษาจากประชาชนใน Catchment area 5 แห่งในสหรัฐ
อเมริกา จำนวน 3,500 คน แต่มีผู้ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์เพียง 3,481 คน คำถามในแบบ
สอบถามประกอบไปด้วย 25 โรคที่ผิดปกติทางจิต ซึ่งเป็นคำถามใน DIS (Diagnostic
Interview Schedule : Robins et al., 1985) มีจำนวนทั้งหมด 263 ข้อ และทำการศึกษาขึ้น
ตอนที่สองโดยดึงผู้ที่ตอบแบบสอบถามจากการตอบในครั้งแรกมาทั้งหมด 810 คน ซึ่งพบว่า
มีความผิดปกติทางจิต และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์โดยใช้ Standardized
Psychiatric Examination (SPE) จากการศึกษาในครั้งนี้ เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยให้ค่า

sensitivity 64 % specificity 93 % (เฉพาะโรคจิตเภท) และค่า Kappa statistic ระหว่างการวินิจฉัยโรคด้วย DIS interview และ SPE examinations เท่ากับ .19 สำหรับการวินิจฉัยโรคจิตเภท และ .09 สำหรับการวินิจฉัยโรค Manic episode

ผลการศึกษาในเรื่องนี้พบว่า แบบคัดกรองโรคจิตมีคำถามจำนวนมาก จึงไม่สะดวกในการนำมาใช้ศึกษาในชุมชน และโอกาสที่เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยจะให้ผลบวกในคนที่เป็โรคก่อนข้างต่ำ คือ 64 % และมีค่า Kappa statistic ระหว่าง DIS interview กับ SPE examination ต่ำมาก

กินเนส (Guinness E.A., 1992 : 42 - 52) ได้ศึกษาลักษณะและความชุกของโรควิตกกังวลและการเจ็บป่วยทางจิตเวชของประชากรนักเรียนในอาฟริกาโดยสำรวจนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย 2,040 คน ในโรงเรียนที่มีภาวะทางสังคมแตกต่างกัน (ชนบท เมือง โรงเรียนชั้นสูง) โดยการใช้วิธีการคัดกรอง 2 แบบ คือการใช้คำถามเปิดให้เล่าอาการ และใช้แบบทดสอบ SRQ 24 พบว่ามีความชุกของโรคมกในโรงเรียนชนบท 34 % ในเมือง 22 % และโรงเรียนชั้นสูง 6 % ตามลำดับ แต่โรงเรียนที่อยู่ใจกลางเมืองให้บริการแก่ชุมชน แออัดมีความชุกของโรคสูงถึง 35 % ด้วยเหมือนกัน SRQ 24 ในหัวข้อที่ใช้คัดกรองโรคจิตสัมพันธ์กับอาการที่แสดงถึงความวิตกกังวล การแสดงออกทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคประสาทสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองในด้านความเชื่อตามวัฒนธรรม ความเครียดภายใต้ความเชื่อนี้มีผลทำให้เกิดโรคจิตชั่วคราว ได้ค่า sensitivity 80 % specificity 80 % สำหรับแบบสอบถาม SRQ 24 พบว่ามีคำถามในข้อที่ 21-24 เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตโดยตรงดังนี้

- 21 คุณมีความรู้สึกราวว่ามีใครบางคนพยายามทำร้ายคุณไม่ทางใดก็ทางหนึ่งใช่หรือไม่
- 22 คุณเป็นคนที่มีความสำคัญมากกว่าที่คนอื่นคิดใช่หรือไม่
- 23 คุณสังเกตว่ามีบางอย่างสอแตรก หรือบางสิ่งบางอย่างที่แตกต่างไปจากปกติกับความคิดของคุณใช่หรือไม่
- 24 คุณเคยได้ยินเสียงโดยไม่ทราบว่ามีมาจากที่ไหนหรือเป็นเสียงที่คนอื่น ๆ ไม่ได้ยินใช่หรือไม่

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือที่ค่อนข้างมีความไวและความจำเพาะสูง แต่บอกได้เพียงว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ ไม่ได้บอกเจาะจงลงไปว่าเป็นโรคจิต

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ พบว่าในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองโรคจิตในชุมชนมาก่อน มีเพียงการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งสภาพความเป็นจริงแล้วความชุกของโรคจิตในชุมชนจะแตกต่างจากในโรงพยาบาลจิตเวชมาก และเมื่อความชุกของโรคจิตเปลี่ยนแปลง ค่าความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรองโรคจิตก็เปลี่ยนแปลงตามด้วย สำหรับการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนในต่างประเทศ พบว่ามีเพียงแบบคัดกรองของซุสเซอร์ และสเทนนิ่งที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ แต่มีข้อแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ในแง่ของการนำแบบคัดกรองไปใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตในผู้ที่ไร้ที่อยู่อาศัย ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ไม่ได้ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเหมือนบุคคลทั่ว ๆ ไป และเป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตสูงกว่าบุคคลทั่วไปอีกด้วย นอกจากนี้ ค่า Kappa statistic ค่อนข้างต่ำ (ความเชื่อมั่นระหว่าง SCID - PD และ Screening scales)

ในด้านความชุกของโรคจิตได้มีการทำการศึกษาหลายแห่งในต่างประเทศ แต่สำหรับในประเทศไทยเคยมีการทำการศึกษาเมื่อประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา และเป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม แบบทดสอบทางจิต และการตรวจวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ แต่ยังไม่เคยมีใครทำการศึกษาความชุกของโรคจิตในชุมชน โดยใช้แบบคัดกรองของโรคจิตมาก่อน จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเรื่อง "การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โลกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น ซึ่งนอกจากจะทราบความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนแล้ว ยังทราบความชุกของโรคจิตในชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทันสมัยและเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย และวางแผนงานต่าง ๆ ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวิธีการศึกษา ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชากรและญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านดง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น ในวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2538 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2538 จำนวน 1,082 คน แต่ทำการสัมภาษณ์ได้เพียง 745 คน เนื่องจากที่เหลืออยู่ในวัยเด็กเล็ก สื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ไม่ได้ และบางส่วนเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด หรือต่างประเทศ จำนวนตัวอย่างที่ทำการศึกษาคครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 68.85 ของประชากรทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา การศึกษาคครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบไปด้วยตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 745 คน และญาติหรือเพื่อนบ้านใกล้ชิด 745 ราย (กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยนี้ เป็นทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ถูกศึกษาและญาติของกลุ่มตัวอย่าง) สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling or judgmental sampling) ดังนี้

คุณสมบัติของตัวอย่างที่ทำการศึกษาประกอบไปด้วย ข้อบ่งชี้ (inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2538 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2538
2. มีญาติที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนบ้านให้ประวัติผู้ถูกศึกษาได้
3. ญาติ เพื่อนบ้าน และตัวอย่างที่ศึกษาสามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้
4. ทั้งญาติ เพื่อนบ้านและตัวอย่างที่ศึกษายินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

คุณสมบัติของตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถตอบแบบคัดกรองได้ครบทุกข้อ
2. ไม่ร่วมมือในการวิจัยจนครบกระบวนการ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบไปด้วย

1. แบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ (2538) ประกอบไปด้วย 2 หมวด คือ

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติจำนวน 14 ข้อ

หมวดที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่พบเห็นรวม 11 ข้อ โดยแบ่งเป็น

แบบสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 8 ข้อ (ซักถามอาการของผู้ป่วยที่ญาติพบเห็น)

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย 3 ข้อ

แบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ ที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ได้ผ่านขั้นตอนการทำ Focus group เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของโรคจิต อาการ และการใช้ภาษาอีสานสัมภาษณ์ประชากรในหมู่บ้านเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงตามแบบคัดกรองโรคจิตมากที่สุด โดยทำการประชุมร่วมกับผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่นเรียบร้อยแล้ว

การให้คะแนนในหมวดที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่พบเห็นมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนนดังต่อไปนี้

ถ้ามีอาการข้อใดให้คะแนน 1 คะแนน ถ้าไม่มีอาการให้ 0 คะแนน

คะแนนรวมหมายถึง คะแนนรวมในแต่ละหมวดที่สัมภาษณ์จากญาติและผู้ป่วย

คะแนนรวมทั้งหมด หมายถึง คะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วยรวมกันในข้อที่ตอบว่า "มี" หรือคือคะแนนรวมของญาติและผู้ป่วยรวมกัน

สำหรับแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตมีทั้งหมด 8 ข้อ (รายละเอียดอยู่หน้า 14) มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับแบบคัดกรองของ อภิชัย มงคลและคณะ แต่ยังไม่เคยทำการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองมาก่อน การศึกษาครั้งนี้จึงทำการศึกษาหาความถูกต้องของแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตด้วย โดยใช้แบบคัดกรองของ อภิชัย มงคล ที่ผ่านการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในบ้านดงแล้ว มาทำการวิเคราะห์หาความถูกต้อง

ต้องของแบบคัดกรอง 2 ครั้ง ๆ แรกวิเคราะห์หาความถูกต้องทั้งฉบับ ครั้งที่สองวิเคราะห์เฉพาะข้อคำถามที่เหมือนกับของกรมสุขภาพจิต 8 ข้อ

2. แพทย์ (gold standard) เป็นจิตแพทย์หรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 5 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน และใช้หลักการวินิจฉัยโรคจิตตามหลักของ ICD 10 (International Classification of Disease 10)

การรวบรวมข้อมูล

เริ่มดำเนินการเตรียมการเพื่อการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย

2. จัดอบรมผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน เป็นเวลา 1 วัน ในวันที่ 10 พฤษภาคม 2538 เพื่อให้เข้าใจถึงความหมายหรือคำอธิบายของแบบคัดกรองและสามารถใช้คู่มือในการคัดกรองโรคจิตได้อย่างถูกต้อง จากนั้นได้ทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเปลี่ยนกันสัมภาษณ์ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกัน และมีคณะผู้วิจัยคอยนิเทศวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งผู้สัมภาษณ์ทุกคนมีความมั่นใจและลงมือปฏิบัติในการรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง สมบูรณ์

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด รวมจำนวนทั้งสิ้น 745 คน ตั้งแต่วันที่ 12 พฤษภาคม 2538 - 30 มิถุนายน 2538 โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 สัมภาษณ์ตัวอย่างและญาติตามแบบคัดกรองโรคจิต

3.2 ตัวอย่างและญาติพบแพทย์จำนวน 2 คน เพื่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตหรือไม่ โดยแพทย์ทั้ง 2 คน ไม่ทราบคำตอบที่ได้รับจากแบบคัดกรองโรคจิตในกรณีที่แพทย์ 2 คน ให้การวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน แพทย์ทั้งสองจะปรึกษาหารือกันและสรุปลงความเห็นเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น

เนื่องจากมีข้อจำกัดที่แพทย์ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคให้แก่ตัวอย่าง 745 คนได้ จึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจำนวน 30 % จากตัวอย่างทั้งหมดที่จะแนบแบบคัดกรองเป็นศูนย์หรือผู้ที่ไม่เป็นโรคจิตให้พบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ดังนี้

3.2.1 สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยแบ่งกลุ่มอายุจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดออกเป็นช่วงอายุ ช่วงละ 10 ปี และสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) ออกมาจากกลุ่มอายุโดยใช้สัดส่วน 30 % ของตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอายุ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องพบแพทย์ 224 คน เป็นตัวแทนของตัวอย่างที่มีคะแนนแบบคัดกรองโรคจิตเท่ากับศูนย์หรือเป็นผู้ที่ไม่เป็นโรคจิต

3.2.2 ตัวอย่างที่มีคะแนนตามแบบคัดกรองโรคจิตตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป พบแพทย์ทุกคนมีจำนวน 15 คน รวมตัวอย่างที่พบแพทย์จำนวน 239 คน แต่มีตัวอย่างที่ได้พบแพทย์ในชุมชนจริง ๆ 244 คน ในกรณีตัวอย่างในข้อ 3.2.1 ไม่สามารถมาพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคได้ จะให้ตัวอย่างคนถัดไปตามรายชื่อในแต่ละกลุ่มอายุเข้าพบแพทย์แทน ตัวอย่างทั้ง 244 คนที่พบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรค แพทย์ไม่ทราบผลจากแบบคัดกรองโรคจิตมาก่อน (blinded examine) ใช้เวลาในการตรวจวินิจฉัยโรค ตั้งแต่วันที่ 1 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2538

3.3 นำแบบคัดกรองโรคจิตที่สัมภาษณ์ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล แปลงคำตอบที่ได้จากแบบคัดกรองในหมวดที่ 2 เป็นค่าคะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มากำหนดการลงรหัสเพื่อแบ่งแยกประเภทของคำตอบที่ได้จากการถามทีละข้อจนครบทุกข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ จากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC และกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความถูกต้อง (validity) ของแบบคัดกรอง (screening test) กับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ (gold standard) โดยหาค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) คุณค่าการทำนายผลบวก (positive predictive value) คุณค่าการทำนายผลลบ (negative predictive value) ความถูกต้องของการทดสอบ (accuracy) และความชุกของโรค (prevalence) ตามสูตรต่อไปนี้

		ผลการตรวจของแพทย์ 2 คน (gold standard)				
		เป็นโรคจิต +		ไม่เป็นโรคจิต -		
ผลการตรวจจากแบบคัดกรอง โรคจิต (screening test)	เป็นโรคจิต +	TP	a	b	FP	a + b
	ไม่เป็นโรคจิต -	FN	c	d	TN	c + d
		a + c		b + d		

TP = True Positive ผลบวกจริง

FP = False Positive ผลบวกเท็จ

FN = False Negative ผลลบเท็จ

TN = True Negative ผลลบจริง

สูตรความไวของการทดสอบ

$$\text{sensitivity} = \frac{a}{(a+c)}$$

สูตรความจำเพาะของการทดสอบ

$$\text{specificity} = \frac{d}{(b+d)}$$

สูตรคุณค่าของการทำนายผลบวก

$$\text{positive predictive value} = \frac{a}{(a+b)}$$

สูตรคุณค่าของการทำนายผลลบ

$$\text{negative predictive value} = \frac{d}{(c+d)}$$

สูตรความถูกต้องของการทดสอบ

$$\text{accuracy} = \frac{(a+d)}{(a+b+c+d)}$$

สูตรความชุกของโรค

$$\text{prevalence} = \frac{a+c}{(a+b+c+d)}$$

วท.
พท 20.5
ช 171
2334
กบ. 2

ห้องสมุด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
10 มค 54 KS 01595

000033

25

3. สำหรับข้อมูลที่เป็นแบบต่อเนื่อง (continuous data) จะใช้ ROC curve (Receiver operating characteristic) เพื่อหาจุดตัด (cut off point) ที่มีค่าความไว และความจำเพาะสูงที่สุด

4. ความน่าเชื่อถือ (reliability) ในการวินิจฉัยของแพทย์ 2 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Kappa statistic ดังสูตรต่อไปนี้

$$\text{Kappa} = \frac{P_o - P_c}{1 - P_c}$$

$$P_o = \frac{a+b}{N}$$

$$P_c = \frac{E(a) - E(d)}{N}$$

$$E(a) = \left[\frac{(a+b)}{N} \right] \times \left[\frac{(a+c)}{N} \right] \times N$$

$$E(d) = \left[\frac{(c+d)}{N} \right] \times \left[\frac{(b+d)}{N} \right] \times N$$

ความหมายสัญลักษณ์ในสูตร

แพทย์คนที่ 1

เป็นโรค ไม่เป็นโรค

แพทย์คนที่ 2

เป็นโรค	a	b	(a + b)
ไม่เป็นโรค	c	d	(c + d)

$$(a + c) \quad (b + d) \quad N = (a+b+c+d)$$

นอกจากนี้ ยังวิเคราะห์หาค่าความแตกต่างของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คน โดยใช้สูตรการทดสอบของแมคนีมาร์ไคสแควร์ ดังนี้

$$\text{Mc Nemar chi - square test} = \frac{(b-c-1)^2}{b+c}$$

5. ความจำเพาะ (specificity) ของแบบคัดกรองหาโดยตรงไม่ได้ เพราะมีข้อจำกัดที่แพทย์ไม่สามารถจะตรวจวินิจฉัยโรคในกลุ่มตัวอย่างที่ผลจากแบบคัดกรองโรคจิตเป็นลบได้ทุกคน จึงสุ่มตัวอย่างแบบคัดกรองที่ได้ผลลบมาจำนวนหนึ่ง ให้พบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรคแล้วจึงคำนวณหาความจำเพาะต่อไป โดยดูว่ามีผลลบจริงจำนวนเท่าไร และผลลบเท็จจำนวนเท่าไร นำค่าที่ได้มาหาความไวและความจำเพาะโดยการคำนวณทางอ้อมแทน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 หมวด ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบ้านดง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต มีผู้ดูแลหรือไม่ มีประวัติของโรคต่อไปหรือไม่ เคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลและปัจจุบันยังคงรักษาอยู่หรือไม่ ความสัมพันธ์ของผู้ให้ประวัติกลุ่มตัวอย่าง

หมวดที่ 2 ความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น

หมวดที่ 3 ความน่าเชื่อถือของการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คน

หมวดที่ 4 เปรียบเทียบความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต และแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2538)

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านคง จำแนกตามเพศ อายุ

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	346	46.4
	หญิง	399	53.6
อายุ			
	< หรือเท่ากับ 20 ปี	191	25.6
	21 - 30 ปี	146	19.6
	31 - 40 ปี	143	19.2
	41 - 50 ปี	114	15.3
	51 - 60 ปี	88	11.8
	> 60 ปี	63	8.5
	รวม	745	100

หมายเหตุ	อายุสูงสุด	103	ปี
	อายุต่ำสุด	5	ปี
	อายุเฉลี่ย	34.47	ปี
	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	17.36	

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 53.6 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 46.4 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 25.6 รองลงมาอายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 19.6 และน้อยที่สุด อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 8.5 อายุสูงสุด 103 ปี อายุต่ำสุด 5 ปี อายุเฉลี่ย 34.47 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.36)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านคง จำแนกตามสถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	256	34.4
คู่	450	60.4
หม้าย/หย่า/ร้าง	39	5.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	0.9
ประถมศึกษา	631	84.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	56	7.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	39	5.3
ประกาศนียบัตร/อาชีวศึกษา	12	1.6
ปริญญาตรี	-	-
รวม	745	100

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาร้อยละส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.4 รองลงมาโสดร้อยละ 34.4 และหม้าย/หย่า/ร้างน้อยที่สุด ร้อยละ 5.2

ระดับการศึกษา พบว่าจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 84.7 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 7.5 และน้อยที่สุดคือไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 0.9

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านคง จำแนกตามอาชีพ รายได้

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ			
	ว่างงาน	29	3.9
	เกษตรกรรม	458	61.5
	รับจ้างทั่วไป	83	11.1
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	1.9
	ลูกจ้างเอกชน	28	3.7
	อื่น ๆ	133	17.9
รายได้ต่อเดือน			
	ไม่มีรายได้	167	22.4
	1 - 5,000 บาท	563	75.6
	5,001 - 10,000 บาท	9	1.2
	10,001 - 15,000 บาท	4	0.5
	15,001 - 20,000 บาท	-	-
	> 20,000 บาท	2	0.3
รวม		745	100

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 61.5 รองลงมาเป็นอาชีพอื่น ๆ (ค้าขาย นักเรียน นักศึกษา ในปกครอง) ร้อยละ 17.9 และอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจน้อยที่สุด ร้อยละ 1.9 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุด 1 - 5,000 บาท ร้อยละ 75.6 รองลงมาไม่มีรายได้ ร้อยละ 22.4 น้อยที่สุดมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 0.3

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านคง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยทางจิต มีผู้ดูแลหรือไม่ มีประวัติโรคปัญญาอ่อน ลมชักหรือไม่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต		
มี	15	2.0
ไม่มี	730	98.0
มีผู้ดูแลหรือไม่		
มี	718	96.4
ไม่มี	27	3.6
มีประวัติของโรคปัญญาอ่อน ลมชักหรือไม่		
มี	1	0.1
ไม่มี	744	99.9
ได้แก่โรค		
ปัญญาอ่อน	1	0.1
ลมชัก	-	-
อื่น ๆ	-	-
รวม	745	100

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ร้อยละ 98 มีผู้ดูแลร้อยละ 96.4 ไม่มีประวัติของปัญญาอ่อน ลมชัก ร้อยละ 99.9 และมีประวัติปัญญาอ่อน ร้อยละ 0.1

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านคง จำแนกตามเคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลและปัจจุบันยังคงรักษาอยู่หรือไม่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล		
ด้วยอาการเหล่านี้หรือไม่		
มี	12	1.6
ไม่มี	733	98.4
ได้แก่		
อาละวาด	5	41.67
ซึมเศร้า	2	16.67
ชัก	1	8.33
อื่น ๆ	4	33.33
ปัจจุบันยังคงรักษาอยู่หรือไม่		
รักษา	4	33.33
ไม่รักษา	8	66.67

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการอาละวาด ซึมเศร้า ชัก ร้อยละ 98.4 มีประวัติเคยรักษาด้วยอาการดังกล่าวร้อยละ 1.6 ซึ่งในจำนวนนี้ได้แก่ เคยรักษาด้วยอาการอาละวาดมากที่สุดร้อยละ 41.67 รองลงมาเคยรักษาด้วยอาการอื่น ๆ ซึ่งหมายถึงหลายอาการรวมกันทั้งอาละวาด ซึมเศร้า และชัก ร้อยละ 33.33 น้อยที่สุดคือเคยรักษาด้วยอาการชักร้อยละ 8.33 ปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่รักษาอาการดังกล่าวกับโรงพยาบาลอีกร้อยละ 66.67

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านคง จำแนกตามความสัมพันธ์ของผู้ให้ประวัติกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของผู้ให้ประวัติกลุ่มตัวอย่าง		
บิดา มารดา	309	41.5
สามี ภรรยา	339	45.5
บุตร	46	6.2
เพื่อนบ้านใกล้ชิด	51	6.8
รวม	745	100

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่ง มีความสัมพันธ์กับผู้ให้ประวัติในฐานะสามี ภรรยา ร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็น บิดา มารดา ร้อยละ 41.5 และน้อยที่สุด เป็นบุตร ร้อยละ 6.2

หมวดที่ 2 ความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิต ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

จากการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น พบว่า เครื่องมือในการคัดกรองโรคจิตมีความสามารถคัดกรองโรคจิตดังนี้

ความสามารถของการคัดกรองโรคจิตทั้งฉบับเท่ากับ 77.44 % (Area under ROC curve = 0.7744)

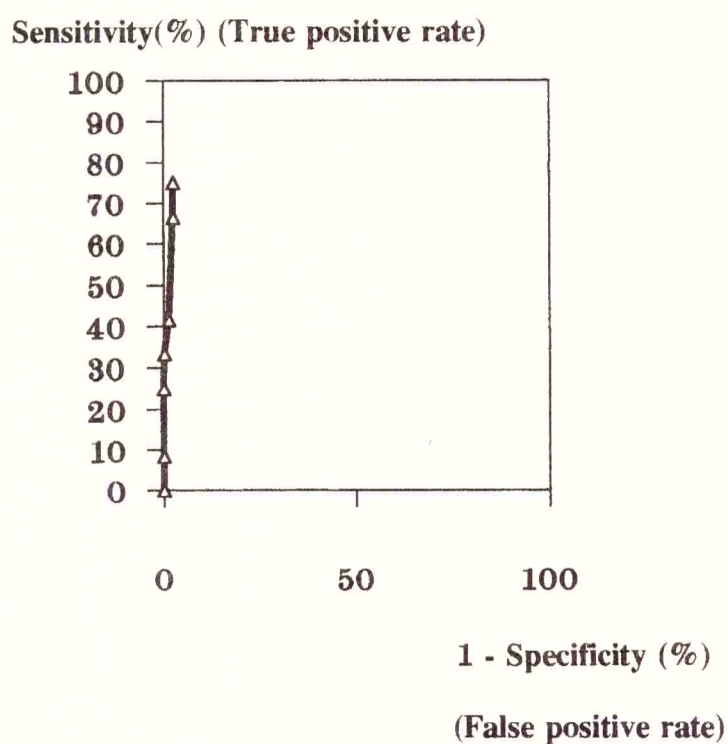
ความสามารถของการคัดกรองโรคจิตบางข้อที่สามารถตอบคำถามครอบคลุมและคัดกรองโรคจิตได้ (เฉพาะข้อ 3, 7, 9) เท่ากับ 82.11 % (Area under ROC curve = 0.8811)

ตารางที่ 7 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุกของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

cut off point	ความไว (sensitivity)	ความจำเพาะ (specificity)	คุณค่าของการทำนาย (predictive value)		ความชุกของโรคจิต
			+ ve	- ve	
1	75.0	97.4	60.0	98.7	1.6 %
2	66.7	97.4	57.1	98.3	
3	41.7	98.7	62.5	96.7	
4	33.3	99.6	80.0	96.7	
5	25.0	100.0	100.0	96.3	
6	8.3	100.0	100.0	95.5	
7	8.3	100.0	100.0	95.5	
8	8.3	100.0	100.0	95.5	
9	8.3	100.0	100.0	95.5	
10	8.3	100.0	100.0	95.5	
11	8.3	100.0	100.0	95.5	

จากตารางพบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองโรคจิตในชุมชน คือ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 75 ความจำเพาะร้อยละ 97.4 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 60 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 98.7 และมีความชุกของโรคจิตในชุมชนบ้านคง ร้อยละ 1.6

ภาพที่ 1 ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง (N = 745)



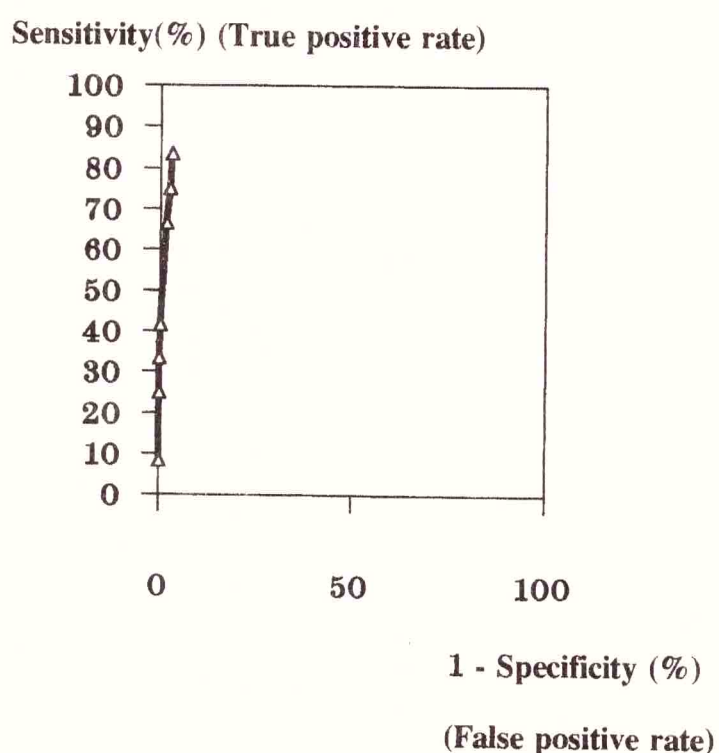
จากภาพที่ 1 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมพบว่าจุดตัดที่ 1 คะแนนเป็นค่าที่ให้ความไว (sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ เป็นโรคจริง ๆ (True positive rate) ค่อนข้างสูง (75 %) ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ต่ำ (2.6%)

ตารางที่ 8 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุกของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (นับประวัติการรักษาอาการทางจิตโดยเพิ่มคะแนนอีก 1 คะแนน รวมคะแนนแบบคัดกรองทั้งหมด 12 คะแนน)

cut off point	ความไว (sensitivity)	ความจำเพาะ (specificity)	คุณค่าของการทำนาย (predictive value)		ความชุกของโรคจิต
			+ ve	- ve	
1	83.3	97.0	58.8	99.1	1.6 %
2	75.0	97.4	60.0	98.7	
3	66.7	98.3	66.7	98.3	
4	41.7	99.6	83.3	97.1	
5	33.3	100.0	100.0	96.7	
6	25.0	100.0	100.0	96.6	
7	8.3	100.0	100.0	95.5	
8	8.3	100.0	100.0	95.5	
9	8.3	100.0	100.0	95.5	
10	8.3	100.0	100.0	95.5	
11	8.3	100.0	100.0	95.5	
12	8.3	100.0	100.0	95.5	

จากตารางพบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองโรคจิตคือ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 97.0 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 58.8 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 99.1 ความชุกของโรคจิตร้อยละ 1.6

ภาพที่ 2 ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาด้วยอาการทางจิตอีก 1 คะแนน รวมคะแนนแบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 12 คะแนน



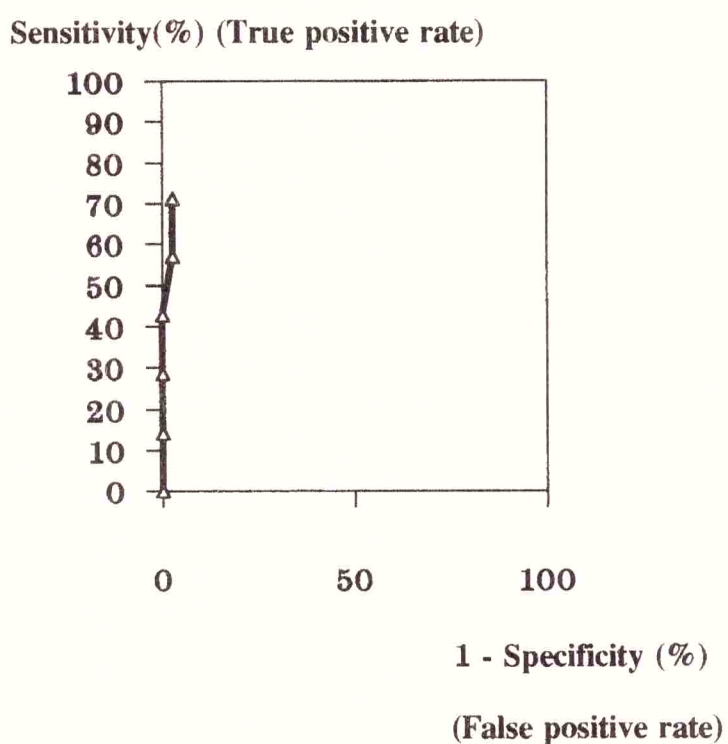
จากภาพที่ 2 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมพบว่าจุดตัดที่ 1 คะแนนเป็นค่าที่ให้ความไว (sensitivity) หรือผลบวกในคนที่เป็นโรคจริง ๆ (True positive rate) ค่อนข้างสูง (83.3 %) ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ต่ำ (3 %)

ตารางที่ 9 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุกของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ บ้านคง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น (ศึกษาเฉพาะเพศชาย)

cut off point	ความไว (sensitivity)	ความจำเพาะ (specificity)	คุณค่าของการทำนาย (predictive value)		ความชุกของโรคจิต
			+ ve	- ve	
1	71.4	97.2	71.4	97.2	2.02 %
2	57.1	97.2	66.7	95.8	
3	42.9	100.0	100.0	94.7	
4	28.6	100.0	100.0	93.4	
5	14.3	100.0	100.0	92.2	
6	14.3	100.0	100.0	91.0	
7	14.3	100.0	100.0	91.0	
8	14.3	100.0	100.0	91.0	
9	14.3	100.0	100.0	91.0	
10	14.3	100.0	100.0	91.0	
11	14.3	100.0	100.0	91.0	

จากตาราง เมื่อทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเพศชาย พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองโรคจิตในชุมชน คือ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไว ร้อยละ 71.4 ความจำเพาะร้อยละ 97.2 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 71.4 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 97.2 ความชุกของโรคจิตในเพศชาย ร้อยละ 2.02

ภาพที่ 3 ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านคง (ศึกษาเฉพาะเพศชาย)



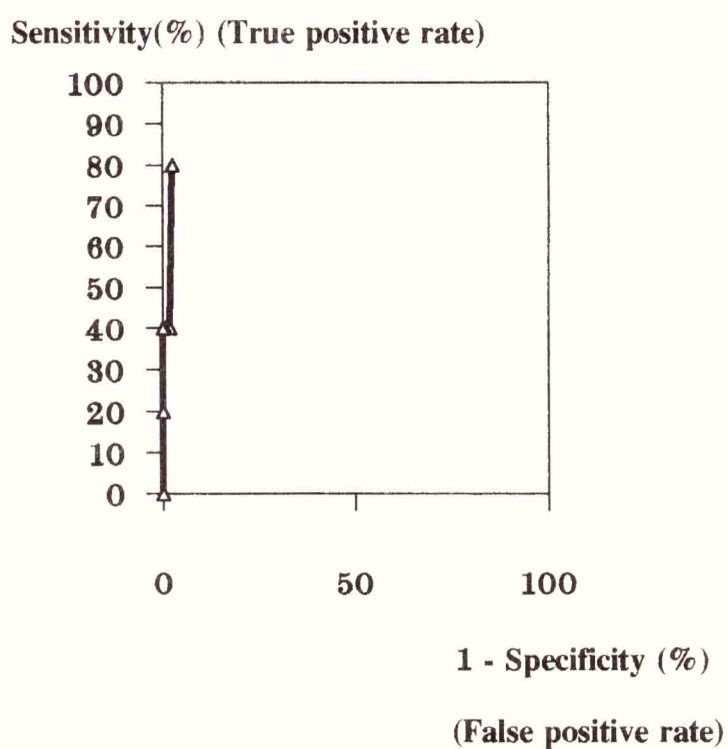
จากภาพที่ 3 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมพบว่าจุดตัดที่ 1 คะแนน เป็นค่าที่ให้ความไว (sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ เป็นโรคจริง ๆ (True positive rate) ค่อนข้างสูง (71.4 %) ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ต่ำ (2.8 %)

ตารางที่ 10 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุกของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (ศึกษาเฉพาะเพศหญิง)

cut off point	ความไว (sensitivity)	ความจำเพาะ (specificity)	คุณค่าของการทำนาย (predictive value)		ความชุกของโรคจิต
			+ ve	- ve	
1	80.0	97.5	50.0	99.4	1.25 %
2	80.0	97.5	50.0	99.4	
3	40.0	98.1	40.0	98.1	
4	40.0	99.4	66.7	98.2	
5	40.0	100.0	100.0	98.2	
6	20.0	100.0	100.0	97.6	
7	20.0	100.0	100.0	97.6	
8	20.0	100.0	100.0	97.6	
9	20.0	100.0	100.0	97.6	
10	20.0	100.0	100.0	97.6	
11	20.0	100.0	100.0	97.6	

จากตาราง เมื่อทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองโรคจิตในชุมชน คือ 1 หรือ 2 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 80 ความจำเพาะร้อยละ 97.5 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 50 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 99.4 ความชุกของโรคจิตในเพศหญิงร้อยละ 1.25

ภาพที่ 4 ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง (ศึกษาเฉพาะเพศหญิง)



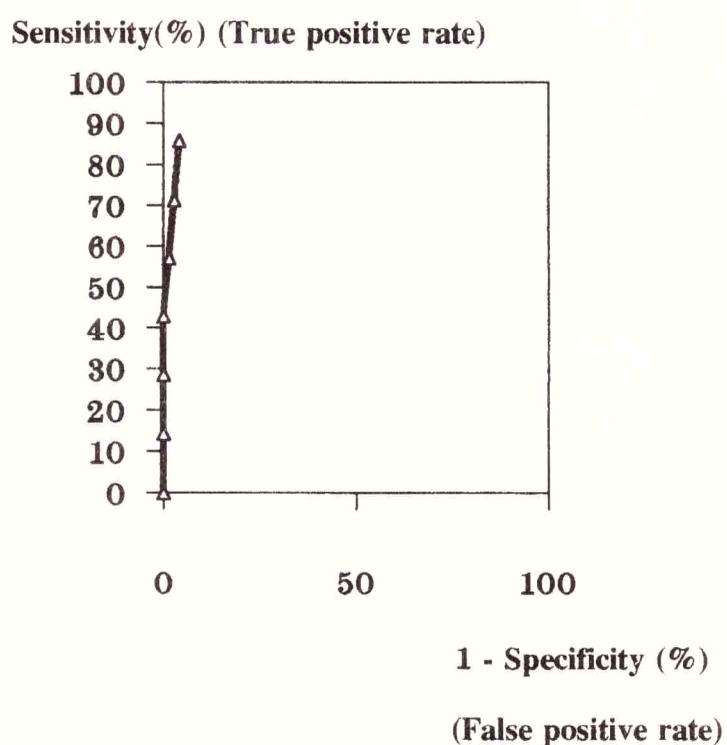
จากภาพที่ 4 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่าจุดตัดที่ 1 หรือ 2 คะแนนเป็นค่าที่ให้ความไว (sensitivity) หรือผลบวกในคนที่เป็นโรคจริง (True positive rate) ค่อนข้างสูง (80 %) ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ต่ำ (2.5 %)

ตารางที่ 11 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุกของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน และศึกษาเฉพาะเพศชาย)

cut off point	ความไว (sensitivity)	ความจำเพาะ (specificity)	คุณค่าของการทำนาย (predictive value)		ความชุกของโรคจิต
			+ ve	- ve	
1	85.7	95.8	66.7	98.6	2.02 %
2	71.4	97.2	71.1	97.2	
3	57.1	98.6	80.0	95.9	
4	42.9	100.0	100.0	94.7	
5	28.6	100.0	100.0	93.4	
6	14.3	100.0	100.0	92.2	
7	14.3	100.0	100.0	91.0	
8	14.3	100.0	100.0	91.0	
9	14.3	100.0	100.0	91.0	
10	14.3	100.0	100.0	91.0	
11	14.3	100.0	100.0	91.0	

จากตาราง เมื่อทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองโรคจิตในชุมชน คือ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 85.7 ความจำเพาะ ร้อยละ 95.8 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 66.7 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.6 ความชุกของโรคจิตในเพศชาย ร้อยละ 2.02

ภาพที่ 5 ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านคง (โดยเพิ่มคะแนน ประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน และศึกษาเฉพาะเพศชาย)



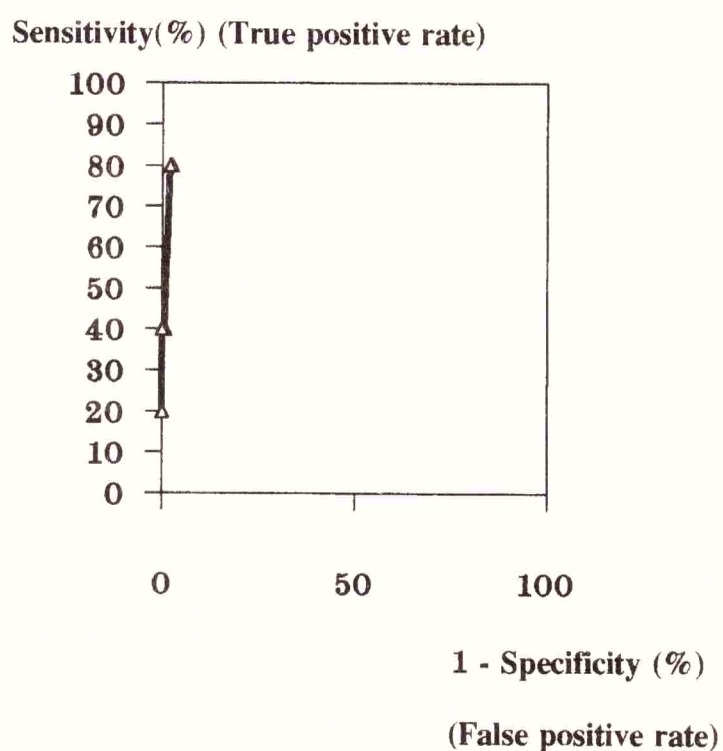
จากภาพที่ 5 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมพบว่าจุดตัดที่ 1 คะแนน เป็นค่าที่ให้ความไว (sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ เป็นโรคจริง ๆ (True positive rate) ค่อนข้างสูง (85.7 %) ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ต่ำ (4.2 %)

ตารางที่ 12 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายและความชุกของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน และศึกษาเฉพาะเพศหญิง)

cut off point	ความไว (sensitivity)	ความจำเพาะ (specificity)	คุณค่าของการทำนาย (predictive value)		ความชุกของโรคจิต
			+ ve	- ve	
1	80	97.5	50.0	99.4	1.25 %
2	80	97.5	50.0	99.4	
3	80	98.1	57.1	99.4	
4	40	99.4	66.7	98.2	
5	40	100.0	100.0	98.2	
6	40	100.0	100.0	98.2	
7	20	100.0	100.0	97.6	
8	20	100.0	100.0	97.6	
9	20	100.0	100.0	97.6	
10	20	100.0	100.0	97.6	
11	20	100.0	100.0	97.6	

จากตาราง เมื่อทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองโรคจิตในชุมชนคือ 3 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 80 ความจำเพาะร้อยละ 98.1 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 57.1 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 99.4 ความชุกของโรคจิตในเพศหญิงร้อยละ 1.25

ภาพที่ 6 ROC curve ของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปศึกษาที่บ้านดง (โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน และศึกษาเฉพาะเพศหญิง)



จากภาพที่ 6 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่าจุดตัดที่ 3 คะแนนเป็นค่าที่ให้ความไว (sensitivity) หรือผลบวกในคนที่จริง ๆ (True positive rate) ค่อนข้างสูง (80 %) ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ต่ำ (1.9 %)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบ cut off point ค่าความไว ความจำเพาะและความชุกของโรคจิต ระหว่างการศึกษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นกับการศึกษา ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

สถานที่ศึกษา	cut off point	ความไว	ความจำเพาะ	ความชุกของโรคจิต
โรงพยาบาล	4	53.5	83.1	59.4
บ้านดง	1	75.0	97.1	1.6

จากตาราง เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาค่าความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต ระหว่างการศึกษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กับการศึกษา ณ บ้านดง พบว่าจากการ ศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้จุดตัดที่เหมาะสม คือ 4 คะแนน ความไวร้อยละ 53.5 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ในขณะที่การศึกษา ณ บ้านดง ได้จุดตัดที่เหมาะสม คือ 1 คะแนน ความไวร้อยละ 75 ความจำเพาะร้อยละ 97.1 ความชุกของโรคจิต ณ แผนกผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ร้อยละ 59.4 และความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ร้อยละ 1.6

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบ cut off point ค่าความไว ความจำเพาะและความชุกของโรคจิต ระหว่างการศึกษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นกับการศึกษา ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาด้วยอาการทางจิตอีก 1 คะแนน

สถานที่ศึกษา	cut off point	ความไว	ความจำเพาะ	ความชุกของโรคจิต
โรงพยาบาล	4	66.3	75.8	59.4
บ้านดง	1	83.3	97.0	1.6

จากตาราง เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาค่าความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต ระหว่างการศึกษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นกับการศึกษา ณ บ้านดง โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิต อีก 1 คะแนน รวมคะแนนแบบคัดกรองโรคจิตมีทั้งหมด 12 คะแนน พบว่าการศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้จุดตัดที่เหมาะสมคือ 4 คะแนน ความไวร้อยละ 66.3 ความจำเพาะร้อยละ 75.8 ในขณะที่การศึกษา ณ บ้านดง ได้จุดตัดที่เหมาะสม คือ 1 คะแนน ความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 97.0

หมวดที่ 3 ความน่าเชื่อถือในการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คน

ตารางที่ 15 แสดงค่าความน่าเชื่อถือของการวินิจฉัยโรคตรงกันของแพทย์ 2 คน

		แพทย์คนที่ 1		
		เป็นโรค	ไม่เป็นโรค	
แพทย์คนที่ 2	เป็นโรค	8	1	9
	ไม่เป็นโรค	3	232	235
		11	233	244

Kappa statistic = 0.79

Mc Nemar X^2 = 0.25 (P < .001)

จากตาราง เมื่อหาค่าความน่าเชื่อถือของการวินิจฉัยโรคตรงกันของแพทย์ 2 คน พบว่าได้ค่าความน่าเชื่อถือ 0.79 และได้ศึกษาความแตกต่างกันในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คนดังนี้

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

แพทย์คนที่ 1 และคนที่ 2 มีความเห็นสอดคล้องกันในการวินิจฉัยโรค
(ไม่มีความเห็นแตกต่างกันในการวินิจฉัยโรค)

$$H_a = \mu_1 \neq \mu_2$$

แพทย์คนที่ 1 และคนที่ 2 มีความเห็นไม่สอดคล้องกัน ในการวินิจฉัยโรค
(มีความเห็นแตกต่างกันในการวินิจฉัยโรคหรือมีความเห็นไม่สัมพันธ์กัน)

จาก Mc Nemar X^2 พบว่า แพทย์คนที่ 1 และคนที่ 2 ไม่มีความเห็นแตกต่างกันในการวินิจฉัยโรค หรือมีการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ผลการทดสอบปรากฏว่าปฏิเสธสมมติฐานเลือก แต่ยอมรับสมมติฐานนัล)

หมวดที่ 4 เปรียบเทียบความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต และแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ (2538)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคำถามในแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต และแบบคัดกรองโรคจิตในการวิจัยนี้

	แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต	แบบคัดกรองของอภิชัย มงคล และคณะ
1	พูดเพื่อใจคนเดียว	พูดเพื่อใจคนเดียว
2	แต่งตัวแปลก ๆ สกปรก มอมแมม	แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม
3	ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น	ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น
4	หวาดระแวงว่าจะมีคนทำร้าย	หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล
5	หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ เก่งกว่าคนธรรมดา	คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา
6	หูแว่วได้ยินเสียง มองเห็นภาพหลอน	หูแว่ว เห็นภาพหลอน
7	แยกตัวออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร	แยกตัวออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร
8	เคยตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอื่นมาแล้วว่าเป็นโรคจิต	มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

จากตาราง เมื่อเปรียบเทียบคำถามในแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต ซึ่งใช้คัดกรองโรคจิตในชุมชน (แต่เครื่องมือนี้ยังไม่เคยผ่านการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ) กับคำถามที่ใช้ของแบบคัดกรองในการศึกษานี้ พบว่า ข้อ 1 - 7 มีคำถามที่เหมือนกันเกือบทุกข้อ มีเพียงข้อ 8 ที่ใช้คำถามแตกต่างกัน นอกจากนี้แบบคัดกรองของ อภิชัย มงคล และคณะ ยังมีคำถามอีก 3 ข้อ สำหรับถามผู้ป่วยโดยตรงแต่แบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตไม่มี (ดูรายละเอียดในหน้า 81)

ตารางที่ 17 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย และความชุกของโรคจิต เมื่อตัดจำนวนข้อของแบบคัดกรองโรคจิตให้เท่ากับแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตเหลือเพียง 7 ข้อ ที่มีข้อความเหมือนกัน

cut off point	ความไว (sensitivity)	ความจำเพาะ (specificity)	คุณค่าของการทำนาย (predictive value)		ความชุกของโรคจิต
			+ ve	- ve	
1	75	97.4	60.0	98.7	1.6 %
2	50	97.8	54.5	97.4	
3	25	99.6	75.0	96.3	
4	8.3	100.0	100.0	95.5	
5	8.3	100.0	100.0	95.5	
6	8.3	100.0	100.0	95.5	
7	8.3	100.0	100.0	95.5	

จากตาราง เมื่อทำการศึกษาโดยการตัดแบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคล และคณะ (2538) หรือการศึกษานี้จากเดิม 11 ข้อ เหลือคำถามเพียง 7 ข้อ ที่มีคำถามเหมือนกันกับแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต พบว่าได้จุดตัดที่เหมาะสม 1 คะแนน ค่าความไวร้อยละ 75.0 ความจำเพาะร้อยละ 97.0 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 60.0 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.7

ตารางที่ 18 cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย และความชุกของโรคจิตเมื่อตัดจำนวนข้อของแบบคัดกรองโรคจิตให้เท่ากับแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต และเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 ข้อ เป็น 8 ข้อ

cut off point	ความไว (sensitivity)	ความจำเพาะ (specificity)	คุณค่าของการทำนาย (predictive value)		ความชุกของโรคจิต
			+ ve	- ve	
1	83.3	97.0	58.8	99.1	1.6 %
2	75.0	97.8	64.3	98.7	
3	50.0	99.1	75.0	97.5	
4	23.0	100.0	100.0	96.3	
5	8.3	100.0	100.0	95.5	
6	8.3	100.0	100.0	95.5	
7	8.3	100.0	100.0	95.5	
8	8.3	100.0	100.0	95.5	

จากตาราง เมื่อทำการศึกษาโดยการตัดแบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคล และคณะ (2538) หรือการศึกษานี้ จากเดิม 11 ข้อ เหลือคำถามเพียง 7 ข้อ ที่มีคำถามเหมือนกันกับแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต และเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 ข้อ เป็น 8 ข้อ (เท่ากับคำถามที่กรมสุขภาพจิตใช้ในการคัดกรองโรคจิตในชุมชนในปัจจุบัน) พบว่าได้จุดตัดที่เหมาะสม 1 คะแนน ค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 97.0 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 58.8 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 99.1

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบ cut off point ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ระหว่างแบบคัดกรองโรคจิตที่ตัดให้เหลือจำนวนข้อเท่ากับกรมสุขภาพจิต (7 ข้อบวกประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 ข้อ เท่ากับ 8 ข้อ) กับแบบคัดกรองของอภิชัย มงคลและคณะ (11 ข้อบวกประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 ข้อเท่ากับ 12 ข้อ)

cut off point	ความไว		ความจำเพาะ		คุณค่าของการทำนาย			
	ของ กรมฯ	อภิชัย มงคล และคณะ	ของ กรมฯ	อภิชัย มงคล และคณะ	+ ve		- ve	
					กรมฯ	อภิชัย	กรมฯ	อภิชัย
1	83.3	83.3	97.0	97.0	58.8	58.8	99.1	99.1
2	75.0	75.0	97.8	97.4	64.3	60.0	98.7	98.7
3	50.0	66.7	99.1	98.3	75.0	66.7	97.5	98.3
4	23.0	41.7	100.0	99.6	100.0	83.3	96.3	97.1
5	8.3	33.3	100.0	100.0	100.0	100.0	95.5	96.7
6	8.3	25.0	100.0	100.0	100.0	100.0	95.5	96.6
7	8.3	8.3	100.0	100.0	100.0	100.0	95.5	95.5
8	8.3	8.3	100.0	100.0	100.0	100.0	95.5	95.5
9		8.3		100.0		100.0		95.5
10		8.3		100.0		100.0		95.5
11		8.3		100.0		100.0		95.5
12		8.3		100.0		100.0		95.5

จากตาราง เมื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตกับของ อภิชัย มงคล และคณะ (2538) โดยเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 ข้อ พบว่า cut off point ที่ 1 และ 2 คะแนน ให้ค่าความไวและความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวกและลบใกล้เคียงกันมาก แต่เมื่อคะแนน cut off point ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป พบว่าค่าความไวของแบบคัดกรองของ อภิชัย มงคล และคณะ ให้ค่าความไวที่สูงกว่า

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ เมื่อนำไปศึกษา ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น โดยพิจารณาจากค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ (gold standard)
2. เพื่อศึกษาความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และคุณค่าการทำนาย ระหว่างแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตและแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคลและคณะ (2538)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น ระหว่างวันที่ 12 พฤษภาคม 2538 - 30 มิถุนายน 2538 จำนวน 745 คน และญาติหรือเพื่อนบ้านใกล้ชิด 745 คน (กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยนี้เป็นทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ถูกศึกษาและญาติของกลุ่มตัวอย่าง) โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

คุณสมบัติของตัวอย่างที่ทำการศึกษาประกอบไปด้วย ข้อบ่งชี้ (inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในวันที่ 12 พฤษภาคม 2538 - 30 มิถุนายน 2538
2. มีญาติที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนบ้านให้ประวัติผู้ถูกศึกษาได้
3. ญาติ เพื่อนบ้านและตัวอย่างที่ศึกษาสามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้

4. ทั้งญาติ เพื่อนบ้านและตัวอย่างที่ศึกษายินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

คุณสมบัติของตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถตอบแบบคัดกรองได้ครบทุกข้อ
2. ไม่ร่วมมือในการวิจัยจนครบกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคลและคณะ และแพทย์ (gold standard) เป็นจิตแพทย์หรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 5 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน และใช้หลักการวินิจฉัยโรคตามหลักของ ICD-10 (International Classification of Disease 10)

การเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มดำเนินการเตรียมการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย

2. จัดอบรมผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำหน้าที่ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน เป็นเวลา 1 วัน เพื่อให้เข้าใจถึงความหมายหรือคำอธิบายของแบบคัดกรองและสามารถใช้คู่มือในการคัดกรองโรคจิตได้อย่างถูกต้อง จากนั้นได้ฝึกปฏิบัติโดยการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกันและมีคณะผู้วิจัยคอยนิเทศวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งผู้สัมภาษณ์ทุกคนมีความมั่นใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 745 คน โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

- 3.1 สัมภาษณ์ตัวอย่างและญาติตามแบบคัดกรองโรคจิต

- 3.2 ตัวอย่างและญาติพบแพทย์จำนวน 2 คน เพื่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตหรือไม่ โดยแพทย์ทั้ง 2 คน ไม่ทราบคำตอบที่ได้รับจากแบบคัดกรองโรคจิตในกรณีที่แพทย์ 2 คนให้การวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน แพทย์ทั้งสองจะปรึกษารื้อกันและสรุปลงความเห็นเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น

เนื่องจากมีข้อจำกัดที่แพทย์ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคให้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 745 คนได้ จึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจำนวน 30 % ของตัวอย่างทั้งหมดที่คะแนนแบบคัดกรองเป็นศูนย์หรือผู้ที่ไม่เป็นโรคจิต เพื่อพบแพทย์รับการตรวจวินิจฉัยโรคโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยแบ่งกลุ่มอายุเป็นช่วงอายุ ช่วงละ 10 ปี และสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) ออกมาจากกลุ่มอายุแต่ละกลุ่ม โดยใช้สัดส่วน 30 % ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอายุได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องพบแพทย์ 224 คน เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นโรคจิตหรือจากคะแนนของแบบคัดกรองโรคจิตเท่ากับศูนย์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนแบบคัดกรองโรคจิตตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปให้พบแพทย์ทุกคนมีจำนวน 15 คน รวมจำนวนตัวอย่างที่ต้องพบแพทย์ 239 คน แต่ได้พบแพทย์จริงจากการศึกษานี้ 244 คนแพทย์ทั้ง 2 คนที่ทำการตรวจวินิจฉัยโรคกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวไม่ทราบผลที่ได้จากแบบคัดกรองมาก่อน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์โดยคำนวณหาค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบและความชุกของโรคจิต
3. หาจุดตัดที่เหมาะสมโดยใช้ ROC curve
4. หาค่าความน่าเชื่อถือในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คน โดยใช้ Kappa statistic และ Mc Nemar chi-square test
5. หาค่าความจำเพาะ (specificity) หาโดยตรงไม่ได้เนื่องจากมีข้อจำกัดที่แพทย์ไม่สามารถพบกลุ่มตัวอย่างได้ทุกคนจึงใช้วิธีคำนวณกลับเพื่อหาค่าความจำเพาะทางอ้อมแทน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.6 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ร้อยละ 25.6 อายุสูงสุด 103 ปี อายุต่ำสุด 5 ปี อายุเฉลี่ย 34.47 ปี (S.D 17.36) สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.7 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.5 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1 - 5,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 75.6

สำหรับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ร้อยละ 98.0 มีผู้ดูแลร้อยละ 96.4 ไม่มีประวัติของการรักษาด้วยโรคปัญญาอ่อน ลมชัก ร้อยละ 99.9 มีเพียง 1 รายที่ได้ประวัติว่าเป็นโรคปัญญาอ่อนร้อยละ 0.1 เมื่อศึกษาถึงประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการอาละวาด ชีเมสเร้า ชักและอื่น ๆ ซึ่งหมายถึงหลาย ๆ อาการรวมกัน พบว่าไม่มีประวัติการรักษาด้วยอาการดังกล่าว ร้อยละ 98.4 มีเพียงร้อยละ 1.6 ที่เคยมีประวัติการรักษาด้วยอาการอาละวาด ชีเมสเร้า ชัก ในด้านความสัมพันธ์ของผู้ที่ให้ประวัติกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นสามี ภรรยา ร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 41.5

2. ความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

จากการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความชุกของโรคจิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ความสามารถในการคัดกรองโรคจิตทั้งฉบับเท่ากับ 77.44 % ความสามารถของแบบคัดกรองโรคจิตบางข้อที่สามารถตอบคำถามครอบคลุมและคัดกรองโรคจิตได้ (เฉพาะข้อ 3,7,9) เท่ากับ 82.11 % จุดตัดที่เหมาะสมของแบบคัดกรองฉบับนี้คือ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 75 ความจำเพาะร้อยละ 97.4 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 60 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 98.7 ความชุกของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น มีความชุกร้อยละ 1.6

เมื่อเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน เป็นคะแนนรวมของแบบคัดกรองทั้งฉบับเท่ากับ 12 คะแนน จุดตัดที่เหมาะสมยังคงอยู่ที่ 1 คะแนนเช่นเดิม แต่ให้ค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 97 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 58.8 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 99.1

ถ้าแยกศึกษาเฉพาะเพศชายพบว่าจุดตัดที่เหมาะสมยังคงอยู่ที่ 1 คะแนนเช่นเดิม แต่ให้ค่าความไวร้อยละ 71.4 ความจำเพาะร้อยละ 97.2 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 71.4 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 97.2 แต่ความชุกของโรคจิตในเพศชายจะเปลี่ยนไปโดยมีความชุกมากขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 2.02 สำหรับจุดตัดที่เหมาะสมในเพศหญิงจากการศึกษาพบว่าในระดับ 1 และ 2 คะแนนให้ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายทั้งผลบวกและผลลบเท่ากันทุกค่าคือ ค่าความไวร้อยละ 80 ความจำเพาะร้อยละ 97.5 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 50 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 99.4 ความชุกของโรคจิตในเพศหญิงร้อยละ 1.25

เมื่อแยกทำการศึกษาเฉพาะเพศชายเช่นเดิมแต่เพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน จะได้จุดตัดที่เหมาะสมคือ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 71.4 ความจำเพาะร้อยละ 95.8 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 66.7 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.6 สำหรับผลการศึกษาในเพศหญิงเมื่อเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 และ 2 คะแนนยังคงให้ค่าความไว ความจำเพาะและคุณค่าการทำนายเท่ากันในทุกค่า (ความไวร้อยละ 80 ความจำเพาะร้อยละ 97.5 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 50 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 99.4) สำหรับจุดตัดที่ 3 คะแนนให้ค่าความจำเพาะมากขึ้นจากเดิมร้อยละ 0.6 คุณค่าการทำนายผลบวกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.1 ส่วนค่าอื่น ๆ ให้ค่าเท่ากับจุดตัดที่ 1 และ 2 คะแนน

ผลการนำแบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคลและคณะ (2538) ไปใช้ในชุมชนพบว่าให้ค่าความไวและความจำเพาะมากกว่าการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตที่ได้จากการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ดังนี้ การศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นให้จุดตัดที่เหมาะสมคือ 4 คะแนน ให้ค่าความไวร้อยละ 53.5 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ความชุกของโรคจิตร้อยละ 59.4 การศึกษาในชุมชนให้จุดตัดที่เหมาะสม 1 คะแนนได้ค่าความไวร้อยละ 75 ความจำเพาะร้อยละ 97.1 ความชุกของโรคจิตในชุมชนบ้านคงร้อยละ 1.6 แต่ถ้าเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาด้วยอาการทางจิตอีก 1 คะแนน ค่าความไวและความจำเพาะของการศึกษาทั้ง 2 แห่งก็ให้ผลแตกต่างกันดังนี้ การศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นให้จุดตัดที่เหมาะสม 4 คะแนนเช่นเดิมได้ค่าความไวร้อยละ 66.3 ความจำเพาะร้อยละ 75.8 แต่การศึกษาในชุมชนให้จุดตัดที่เหมาะสมคือ 1 คะแนน ให้ค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 97

3. เมื่อทำการศึกษาความน่าเชื่อถือของการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คน (gold standard) ด้วย Kappa statistic ปรากฏว่าให้ค่าความน่าเชื่อถือ 0.79 จากนั้นได้ทำการศึกษาความแตกต่างในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คนด้วย Mc Nemar chi-square พบว่าแพทย์คนที่ 1 และแพทย์คนที่ 2 มีการวินิจฉัยโรคที่สอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. จากการศึกษาเปรียบเทียบความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตและแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคลและคณะ (2538) ผลการศึกษาพบว่าถ้านำข้อคำถามที่เหมือนกันหรือคล้ายกันระหว่างแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตกับแบบคัดกรองของ อภิชัย มงคล และคณะ นำมาศึกษาโดยตัดเฉพาะข้อที่เหมือนเหลือเพียง 7 ข้อแรก (จากแบบคัดกรองเดิมของ อภิชัย มงคลและคณะ ซึ่งมีทั้งหมด 11 ข้อ ข้อคำถามในแบบคัดกรองในภาคผนวก) จากนั้นนำมาหาค่าจุดตัดที่เหมาะสม ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย พบว่าได้จุดตัดที่เหมาะสม 1 คะแนน ค่าความไวร้อยละ 75 ความจำเพาะร้อยละ 97.4 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 60 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 98.7 แต่ถ้าเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน เพื่อให้มีข้อคำถามเท่ากับแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตที่ใช้ในปัจจุบัน พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมคือ 1 คะแนนเช่นเดิม แต่ได้ค่าความไวเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 97 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 58.8 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 99.1

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบโดยนำการศึกษาที่ได้รับจากแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตกับแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคลและคณะ โดยบวกคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตร่วมด้วยอีก 1 คะแนน (แบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต 8 ข้อ แบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคลและคณะ 11 ข้อ) มาเปรียบเทียบความถูกต้องในการคัดกรองโรคจิตในชุมชนพบว่า จุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 และ 2 คะแนน ให้ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายทั้งผลบวกและผลลบใกล้เคียงกันมาก แต่จุดตัดตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไปแบบคัดกรองของอภิชัย มงคลและคณะจะให้ค่าความไว ความจำเพาะที่สูงกว่า

อภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านคง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศ

ชายส่วนใหญ่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ในหมู่บ้านเนื่องจากต้องไปทำงานรับจ้างที่ต่างประเทศหรือจังหวัดกรุงเทพฯ เพราะเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องรับผิดชอบสร้างครอบครัวโดยการหารายได้เพื่อใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตและการศึกษาของบุตร ธิดา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเพศชายไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษารุ่นนี้ และตรงกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ใหญ่บ้านของบ้านคง ซึ่งบอกว่าผู้ชายในวัยทำงานส่วนใหญ่จะไปทำงานรับจ้างในจังหวัดกรุงเทพฯ หรือต่างประเทศ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ และมีช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี แต่ถ้าพิจารณาตามกลุ่มอายุ ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่วัยของการสร้างครอบครัว จากการศึกษาที่ได้รับช่วงอายุดังกล่าวข้างต้นจะเปลี่ยนไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 21 - 50 ปี ถึงร้อยละ 54.1 และมีอายุเฉลี่ย 34.47 ปี (S.D. 17.36)

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ต่อเดือน 1 - 5,000 บาท จากผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรด้านการศึกษาพบว่าประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยยังคงสำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุดเพียงระดับประถมศึกษา (ป. 1 - ป. 7) คิดเป็นสัดส่วนสูงถึงประมาณร้อยละ 74.4 ของประชากรอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2535 : 14) ประชากรของประเทศที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาซึ่งถือว่าเป็นการศึกษาภาคบังคับและเป็นผู้มีความรู้ต่ำ จะนั้นจึงทำงานประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวเป็นอาชีพที่ไม่ต้องใช้ความรู้มากนัก ประชากรของประเทศส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นอาชีพหลัก (พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2538 : 1) ส่วนใหญ่จึงมีรายได้ไม่มากนัก

เมื่อทำการศึกษาประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อประกอบการพิจารณาในการใช้แบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือไม่ เพราะการมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตจะช่วยให้อาการความไวของแบบคัดกรองโรคจิตเพิ่มขึ้น (อภิชัย มงคล และคณะ ,2538 : 36) ทั้งนี้ต้องเป็นประวัติการรักษาการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเคยรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลทั่วไป จากการศึกษาพบว่ามีประวัติการรักษาการเจ็บป่วยทางจิตเพียงร้อยละ 2.0 สำหรับการศึกษาในเรื่องการมีผู้ดูแลหรือไม่ การศึกษาในเรื่องนี้ต้องการศึกษาว่าในกรณีที่เป็นผู้ป่วยโรคจิต การมีผู้ดูแลช่วยเหลือ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าในผู้ป่วยโรคจิตซึ่งแพทย์วินิจฉัยโรคแล้วว่าเป็นโรคจิตมีเพียง 1 คน เท่านั้นที่ไม่มีผู้ดูแลรับผิดชอบ

(รายละเอียดในภาคผนวกเรื่องระบาควิทยาของผู้ป่วยโรคจิตในบ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น หน้า 88) แต่จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้ง 745 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 3.6 ที่ไม่มีผู้ดูแลรับผิดชอบและอาศัยอยู่ในบ้านเพียงคนเดียว ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/ร้าง และบางคนอยู่ในวัยชรา ลูกหลานแยกครอบครัวไปอยู่ที่อื่นจึงไม่มีคนดูแลรับผิดชอบ แต่โดยวัฒนธรรมพื้นบ้านภาคอีสานเป็นวัฒนธรรมที่ช่วยเหลือจุนเจือซึ่งกันและกันถึงแม้จะไม่มีผู้ดูแลรับผิดชอบ แต่ก็มีเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้นำหมู่บ้านคอยช่วยเหลือดูแล

จากการศึกษาประวัติของโรคปัญญาอ่อนและลมชักของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่ามีประวัติของปัญญาอ่อนเพียงร้อยละ 0.1 เท่านั้น ที่มีความจำเป็นในการศึกษาประวัติในข้อนี้เนื่องจากโรคลมชัก และปัญญาอ่อนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตโดยมีเกณฑ์การพิจารณาตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตหรือไม่ขึ้นกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดโรคดังกล่าว (W.H.O. , 1992 : 22-23 , 86) และเนื่องจากความเข้าใจของประชากรภาคอีสานส่วนหนึ่งเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคจิตหรือโรคประสาทเป็นโรคเดียวกันเพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบในการพิจารณาว่าผู้ป่วยเคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการ อาละวาด ชี้นิ้ว เสรี ชัก หรือไม่ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตเพื่อวินิจฉัยว่าเคยเป็นโรคจิตหรือไม่ จากการศึกษาค้นพบว่ามีเพียงร้อยละ 1.6 (12 คน) ที่เคยมีประวัติการรักษาอาการเหล่านี้ที่โรงพยาบาลมาก่อนและมีเพียงร้อยละ 33.33(4 คน) ของผู้ที่เคยมีประวัติการรักษาปัจจุบันยังคงรักษาอาการเหล่านี้อยู่

ในด้านความสัมพันธ์ของผู้ให้ประวัติกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นสามี ภรรยา รองลงมาเป็นบิดา มารดา จากการศึกษาค้นพบความสัมพันธ์กับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรสคู่และมีอายุอยู่ในช่วง 21 - 50 ปีมากที่สุด (จากตารางที่ 1 และ 2)

จากการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนเมื่อนำแบบคัดกรองของ อภิชัย มงคลและคณะไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น พบว่าความสามารถในการคัดกรองโรคจิตทั้งฉบับเท่ากับร้อยละ 77.44 (Area under ROC curve = 0.7744) ซึ่งให้ผลใกล้เคียงกันมากกับการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (อภิชัย มงคลและคณะ, 2538 : 51) ซึ่งมีค่า

ความสามารถในการคัดกรองโรคจิตทั้งฉบับเท่ากับร้อยละ 77.88 (Area under ROC curve = 0.7788) การศึกษาในชุมชนให้ผลแตกต่างกันเฉพาะความสามารถในการคัดกรองโรคจิตบางข้อที่สามารถคัดกรองโรคจิตได้ใกล้เคียงกันทั้งฉบับ พบว่ามีข้อ 3,7,9 เท่านั้น (Area under ROC curve = 0.8811) ในขณะที่ผลการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้แก่ข้อ 1,2,3,4,5,7,8 (Area under ROC curve = 0.7744) จากผลการศึกษาที่ได้ผลแตกต่างกันอาจเป็นเพราะความชุกของโรคจิตในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและบ้านดง มีความแตกต่างกันมาก เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ที่มารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นมักมีอาการมากแล้วญาติจึงพาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล ฉะนั้นจึงมีอาการหลายอย่างแสดงให้เห็นและญาติสามารถสังเกตและให้ประวัติรายละเอียดได้ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชนจะมีอาการไม่มาก มีเพียงข้อเดียวแต่เป็นอาการแสดงที่เห็นได้เด่นชัดและเป็นอาการระยะเริ่มแรกเพียงข้อเดียวที่ได้จากแบบคัดกรองก็ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตได้ตรงกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ อาการ 3 ข้อดังกล่าวได้แก่ ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน (โดยสัมภาษณ์จากญาติผู้ป่วย) หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล (สัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง) ในขณะที่การศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแบบคัดกรอง 7 ข้อ จะเป็นข้อที่สามารถสัมภาษณ์กับญาติผู้ป่วยโดยตรงญาติก็สามารถให้รายละเอียดได้อย่างดีเพราะเป็นอาการของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการเป็นโรคจิตอย่างชัดเจน โดยไม่ต้องซักถามจากผู้ป่วยก็ได้ 7 ข้อดังกล่าวได้แก่ หูแว่วเพื่อเจือคนเดียว แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ก้าวร้าววุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น แยกตัวเองออกจากสังคมไม่สูงส่งกับใคร หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล หูแว่วเห็นภาพหลอน มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป อาการทั้ง 7 ข้อนี้ถือว่าเป็นโรคจิตซึ่งเป็นการผิดปกติทางจิตใจชนิดรุนแรงอย่างหนึ่ง มีผลทำให้ความสามารถในการคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การจำ การสื่อสาร การตีความหมายความจริงและการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เกิดผิดปกติมากพอจนกระทั่งเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อความสามารถที่จะดำเนินชีวิตตามธรรมดา ความผิดปกติเช่นนี้มีลักษณะเฉพาะคือ พฤติกรรมถดถอย อารมณ์ไม่เหมาะสม การควบคุมแรงผลักดันลดลง และมีเนื้อหาของความคิดที่ผิดปกติ เช่นอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน (เกษม ดันติผลาชีวะและคณะ , 2536 : 283)

เมื่อทำการศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมของแบบคัดกรองโรคจิตเมื่อนำไปใช้ในชุมชนพบว่าจุดตัดที่เหมาะสมคือ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 75 ค่าความจำเพาะร้อยละ 97.4 แต่ถ้าเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาด้วยอาการทางจิตพบว่าจุดตัดที่เหมาะสมยังคง 1 คะแนนเช่นเดิม แต่ค่าความไวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ค่าความจำเพาะร้อยละ 97 จากผลการ

ศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตที่ได้ในชุมชนแตกต่างกันกับผลการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตที่ได้ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ซึ่งได้จุดตัดที่เหมาะสมคือ 4 คะแนน ค่าความไวร้อยละ 53.5 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 แต่ถ้าเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน จุดตัดที่เหมาะสมยังคงเป็น 4 คะแนนเช่นเดิม แต่ให้ค่าความไวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.3 ความจำเพาะร้อยละ 75.8 ผลการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตที่ได้รับจากทั้ง 2 แห่งแตกต่างกันเนื่องจากความชุกของโรคจิตทั้งสองแห่งแตกต่างกันมาก ความชุกของโรคจิตในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเท่ากับร้อยละ 59.4 ในขณะที่บ้านดง มีความชุกของโรคจิตร้อยละ 1.6 จึงเป็นเหตุผลที่สำคัญทำให้ค่าความไว ความจำเพาะแตกต่างกันไปตามความชุกของโรคจิตที่เปลี่ยนแปลงไป (สมชาย สุพันธุ์วนิช, 2538 : 1-15)

จากการศึกษาความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น พบว่ามีความชุกของโรคจิตร้อยละ 1.6 ซึ่งมีความชุกของโรคสูงกว่าการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคจิตคิดเป็นร้อยละ 1 ของประชาชน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2537 : 124) ทั้งนี้เนื่องจากคณะผู้วิจัยเลือกเจาะจงทำการศึกษาที่บ้านดง เพราะได้รับรายงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ว่า บ้านดง เป็นชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคจิตมากและมีทะเบียนผู้ป่วยที่รายงานหลายคน การวิจัยครั้งนี้จึงเจาะจงทำการศึกษาที่นี่ เพราะมีโอกาสในการใช้แบบคัดกรองเพื่อทดสอบในการคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชนได้มากกว่าชุมชนอื่น ๆ และสามารถศึกษาในกลุ่มตัวอย่างไม่มากก็พบผู้ป่วยโรคจิตได้ ถ้าศึกษาถึงลักษณะของการเกิดผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนบ้านดงนี้ว่าเพราะเหตุใดจึงสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ จึงมีโอกาเป็นโรคจิตได้มากกว่า (Kapland and Sadock, 1995 : 394)

ในการศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมโดยแยกศึกษาตามเพศของกลุ่มตัวอย่างผลการศึกษาพบว่าจุดตัดที่เหมาะสมของเพศชายคือ 1 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 71.4 ความจำเพาะร้อยละ 97.2 เมื่อเพิ่มคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตร่วมด้วยผลการศึกษาพบว่าค่าความไว ความจำเพาะ รวมทั้งคุณค่าของการทำนายผลบวกและลบให้ผลการศึกษาใกล้เคียงกันมาก (จากตารางที่ 11) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาอาการทางจิตทั้ง 12 คน (ภาคผนวก ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคจิตบ้านดง) เมื่อศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมของเพศหญิง จากตารางที่ 12 โดยเพิ่มคะแนนประวัติการ

รักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน พบว่าให้ค่าความไวมากกว่าเพศชายคือมีค่าความไวร้อยละ 80 ค่าความจำเพาะร้อยละ 97.5 สำหรับจุดตัดที่เหมาะสมมีคะแนนตั้งแต่ 1, 2 และ 3 ในการพิจารณาว่าควรใช้จุดตัดที่คะแนนเท่าไรหรืออาจพิจารณาทั้งค่าความไวและความจำเพาะประกอบกัน แต่จากตารางที่ 12 เนื่องจากจุดตัดที่เหมาะสมที่ 3 คะแนน มีความจำเพาะต่างจาก 1 คะแนน เพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้นซึ่งน้อยมาก ฉะนั้นควรใช้จุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนน เพราะการใช้ที่ระดับ 3 คะแนน อาจทำให้การคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตเกิดการผิดพลาดได้ เพราะผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบคัดกรองโรคจิต 1 หรือ 2 คะแนนอาจถูกวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคจิตทั้ง ๆ ที่จริง ๆ แล้วผู้ป่วยเป็นโรคจิตทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สำหรับตารางที่ 10 จุดตัดที่เหมาะสมของเพศหญิง (ไม่นับคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตร่วมด้วย) พบว่าอยู่ที่ระดับ 1 และ 2 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 80 ความจำเพาะร้อยละ 97.5 ถึงแม้จุดตัดทั้ง 2 คะแนนจะให้ผลการศึกษาความถูกต้องเท่ากันแต่การนำไปใช้ในการคัดกรองโรคจริง ๆ แล้วควรจะใช้จุดตัดที่เหมาะสมที่ 1 คะแนนเพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้โดยไม่ยุ่งยากเพราะเพียง 1 ข้อก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตได้

โดยสรุปแล้วถึงแม้จะทำการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตโดยแยกตามเพศพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงให้จุดตัดที่เหมาะสมคือ 1 คะแนนเท่ากัน แต่ค่าความไวของเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (มากกว่า 8.6) ค่าความจำเพาะใกล้เคียงกันมาก

เมื่อพิจารณาค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายของการศึกษารั้งนี้กับการศึกษาอื่น ๆ ที่ทำการวิจัยในลักษณะใกล้เคียงกัน พบว่า จากการศึกษาของ ซุสเซอร์ และสเทนนิ่ง (Susser E.S. and Struening E.L., 1990 : 134-145) ได้ค่าความไวของเครื่องมือคัดกรองโรคจิตร้อยละ 75 ความจำเพาะร้อยละ 91 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 75 ค่า Kappa statistic เท่ากับ 0.66 ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้จากการศึกษาของเอียนและคณะ (Eaton W.W. and et al, 1991 : 689 - 693) ซึ่งใช้แบบคัดกรองโรคจิตแบบ self - Report interview ได้ค่าความไวร้อยละ 64 ความจำเพาะร้อยละ 93 (เฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท) ค่า Kappa statistic ระหว่าง Self - Report interview (DIS interview) กับ SPE examination ซึ่งใช้โดยจิตแพทย์มีค่าต่ำมาก (เท่ากับ .19 ในการวินิจฉัยโรคจิตเภท) จากผลการศึกษาของงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องกับการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าความไวที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ (บวกคะแนนประวัติการรักษาอาการทางจิตด้วย) ซึ่งได้ค่าร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 97 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 58.8 (จากตารางที่ 8) ค่า Kappa statistic ระหว่าง

แพทย์ที่ทำการตรวจวินิจฉัยโรคจิตทั้ง 2 คน (gold standard) เท่ากับ 0.79 จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาจากค่าความไวและความจำเพาะของการศึกษาครั้งนี้ จะให้ค่าทั้งสองค่าสูงกว่าการศึกษาอื่น ๆ และมีค่า Kappa statistic สูงกว่าการศึกษาอื่น ๆ ด้วย ซึ่งหากเปรียบเทียบการวินิจฉัยมาตรฐาน (gold standard) ของการศึกษานี้กับการศึกษาอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าจิตแพทย์และแพทย์ทั้ง 2 ท่านเป็นผู้มีความรู้ในเรื่องโรคจิตเป็นอย่างดี และเป็นผู้ที่วินิจฉัยมาตรฐานซ้ำถึง 2 ครั้งด้วยกัน จึงทำให้เครื่องมือในการคัดกรองโรคจิตฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือมากกว่าการวิจัยอื่น ๆ ซึ่งใช้เครื่องมือมาตรฐานเป็นการวินิจฉัยมาตรฐาน (gold standard)

ในด้านผลการศึกษาความน่าเชื่อถือของการตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ 2 คน คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Kappa statistic เพื่อดูความน่าเชื่อถือในการวินิจฉัยโรคตรงกันของแพทย์ 2 คน พบว่าได้ค่า Kappa statistic ค่อนข้างสูงเท่ากับ 0.79 จากนั้นได้ทำการศึกษาคู่ด้วย Mc Nemar chi-square เพื่อดูความสอดคล้องหรือความสัมพันธ์กันในการวินิจฉัยโรคตรงกันของแพทย์ทั้ง 2 คน ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ 2 คนมีความเห็นในการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์ทั้งสองคนใช้หลักการวินิจฉัยโรคจิตตามหลักของ ICD 10 (WHO, 1995)

เพื่อให้ได้คำตอบของแบบคัดกรองโรคจิตที่กรมสุขภาพจิตนำไปใช้ทั่วประเทศในขณะนี้ตามโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นหน่วยงานหนึ่งที่รับผิดชอบในการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิต จึงได้ทำการศึกษาโดยการนำข้อคำถามที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เฉพาะข้อที่มีคำถามเหมือนกันกับแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต มีด้วยกัน 7 ข้อตั้งแต่ข้อ 1-7 สัมภาษณ์จากญาติผู้ป่วย (จากตารางที่ 16) บวกกับคะแนนประวัติการรักษาด้วยอาการทางจิตที่โรงพยาบาลอีก 1 ข้อ รวมเป็น 8 ข้อจะมีลักษณะคำถามที่เหมือนกันกับแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตมาก (การวิเคราะห์เพื่อศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตที่เหมือนกันกับของกรมสุขภาพจิต ครั้งนี้ได้ตัดคำตอบข้อ 8,9,10,11 ในแบบคัดกรองโรคจิตที่ทำการศึกษาทั้งฉบับออกไปแล้วทำการวิเคราะห์หาความไว ความจำเพาะและคุณค่าของการทำนาย) จากผลการศึกษาพบว่าได้ค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 97 คุณค่าของการทำนายผลบวกร้อยละ 58.8 คุณค่าของการทำนายผลลบร้อยละ 99.1 โดยมีจุดตัดที่เหมาะสมคือ 1 คะแนนจากผลการศึกษาที่ได้พอจะเป็นคำตอบได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคจิตทั่วประเทศที่คัดกรองแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตนั้น ตัวเครื่องมือของการ

คัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตมีค่าความไว ความจำเพาะ และคุณค่าในการทำนายดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น (จากตารางที่ 18) แต่อย่างไรก็ตามการที่จะสรุปได้ว่าแบบคัดกรองโรคจิตของกรมสุขภาพจิตมีค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายดังผลการศึกษาที่ได้ จะต้องมีการใช้คำถามในการสัมภาษณ์แบบเดียวกัน (ลักษณะคำถามในแต่ละข้อรายละเอียดอยู่ในภาคผนวกหน้า 81 - 86) จึงพอสรุปได้ว่ามีค่าความไว ความจำเพาะ และคุณค่าของการทำนายเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต (มี 8 ข้อ) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับแบบคัดกรองของอภิชัย มงคล และคณะ (มี 11 ข้อ) เพิ่มคะแนนมีประวัติการรักษาอาการทางจิตอีก 1 คะแนน รวมคะแนนแบบคัดกรองเป็น 12 คะแนน หรือ 12 ข้อ) โดยเปรียบเทียบค่าความไว ความจำเพาะและคุณค่าการทำนายพบว่าจุดตัดที่ 1 และ 2 คะแนนให้ผลใกล้เคียงกันมาก แต่ตั้งแต่จุดตัดที่ 3 - 6 คะแนนแบบคัดกรองของอภิชัย มงคลและคณะจะได้ค่าความไวที่สูงกว่า แต่ตั้งแต่จุดตัดที่ 7 คะแนนเป็นต้นไปจะให้ค่าความไว ความจำเพาะและคุณค่าในการทำนายผลเท่ากันในทุก ๆ ค่า (จากตารางที่ 19) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะแบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคลและคณะมีคำถามที่สัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วยร่วมกัน ในขณะที่แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตเน้นการสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเท่านั้น การสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมด้วยจะช่วยให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติซึ่งเกิดกับตัวผู้ป่วยได้ดีกว่า เพราะบางอาการเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยไม่แสดงออกหรือเล่าให้ใครทราบ เช่น หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา หูแว่วเห็นภาพหลอน อาการเหล่านี้ถ้าเกิดขึ้นในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต จะไม่แสดงอาการให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดทราบแต่เมื่อมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงหลาย ๆ อย่างให้ญาติเห็นหรือสังเกตได้เช่น พูดคนเดียวกล้ายตอบโต้กับใคร ซึ่งจริง ๆ แล้วอาการดังกล่าวผู้ป่วยกำลังพูดจาตอบโต้กับเสียงหูแว่วที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีการแทนตัวเองว่าเป็นพระพุทธเจ้าหรือบุคคลสำคัญ หรือหวาดกลัวจนกระทั่งต้องหลบอยู่ในห้องตลอดเวลา ฉะนั้นในการใช้คำถามผู้ป่วยโดยตรงจะสามารถให้รายละเอียดของอาการทางจิตได้มากกว่าการถามเฉพาะญาติ (Nancy C.A. and Donald W.B. , 1991 : 41 - 57) แต่มีข้อจำกัดบางประการในกรณีที่ไม่สามารถได้อาการสำคัญจากผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้การซักถามจากญาติก็ยังคงมีความสำคัญเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคลและคณะ (2538) สามารถนำไปใช้คัดกรองโรคจิตในชุมชนได้ เพราะได้ค่าความไวและความจำเพาะค่อนข้างสูงโดยใช้จุดตัดที่เหมาะสมคือ 1 คะแนนก็สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิต แต่ทั้งนี้เพื่อให้การใช้แบบคัดกรองโรคจิตมีความเที่ยงตรง ผู้สัมภาษณ์จะต้องสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามตามที่กำหนดไว้ในคู่มือการใช้แบบคัดกรองโรคจิต (ในภาคผนวก) การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใช้เครื่องมือนี้ในการคัดกรองผู้ป่วย จะต้องมีการนิเทศการใช้แบบคัดกรองเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงในการคัดกรองเพราะบางครั้งอาสาสมัครสาธารณสุขอาจใช้แบบคัดกรองด้วยความเคยชินและใช้วิธีการถามตามความคิดของตนเองโดยไม่ยึดแนวคำถามที่กำหนดให้อาจทำให้ข้อมูลที่ได้รับไม่สมบูรณ์ถูกต้องได้

2. การนำแบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคลและคณะ (2538) ไปใช้ในภาคอื่น ๆ ของประเทศ ควรมีการทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่นั้น ๆ เพื่อให้ได้ความหมายของโรคจิต และแนวคำถามที่ต้องการถามตรงตามรายละเอียดคำถามในแต่ละข้อของแบบคัดกรอง จากนั้นสร้างคู่มือในการใช้คำถามเพื่อสัมภาษณ์ในแต่ละข้อ

3. ควรใช้คำถามในการถามเพื่อคัดกรองผู้ป่วยทั้ง 11 ข้อ โดยถามญาติหรือบุคคลใกล้ชิด 8 ข้อ ถามผู้ป่วย 3 ข้อ ร่วมกับถามรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาอาการทางจิตที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยประกอบด้วย

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้ การถามญาติในคำถาม 8 ข้อแรก ร่วมกับประวัติการรักษาอาการทางจิตที่โรงพยาบาลก็สามารถให้การวินิจฉัยโรคได้เช่นกัน โดยถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป

5. แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตและแบบคัดกรองของอภิชัย มงคลและคณะ มีข้อคำถามใกล้เคียงกันมากในแต่ละหมวดคำถาม ฉะนั้นแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยทั่วประเทศในปัจจุบันสามารถบอกค่าความไว ความจำเพาะได้จากการศึกษาครั้งนี้ แต่สิ่งสำคัญประการหนึ่งคือจะต้องใช้คำถามในการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยตามรายละเอียดที่ให้ไว้ในภาคผนวก แต่ถ้ามีรายละเอียดในการถามที่แตกต่างกันก็ไม่สามารถสรุปได้

ว่ามีค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนายที่เหมือนกัน (จากตารางที่ 18) อย่างไรก็ตามควรมีการประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วประเทศเพื่อเปลี่ยนแปลงแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตใหม่ โดยให้ใช้แบบคัดกรองของอภิชัย มงคลและคณะ ที่ผ่านการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองแล้วและเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนหรือเกิดความยุ่งยากในการดำเนินงานค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อน ควรมีการเปลี่ยนแปลงการใช้แบบคัดกรองทั้ง 3 โรคพร้อมกันเพียงครั้งเดียว โดยแบบคัดกรองลมชักและปัญญาอ่อนขณะนี้กำลังดำเนินการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโดยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา และโรงพยาบาลราชานุกูล

6. ถึงแม้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้จะได้ผลความสามารถของการคัดกรองโรคจิตบางข้อ (เฉพาะข้อ 3,7,9) ที่สามารถตอบคำถามได้ครอบคลุมเท่ากันทั้งฉบับ ผู้วิจัยไม่แนะนำให้นำคำถาม 3 ข้อดังกล่าวข้างต้นไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะคำถาม 3 ข้อนี้ได้จากการศึกษาเป็นการศึกษาจากผู้ป่วยโรคจิตที่มีอยู่ในชุมชนเพียงจำนวนน้อยนิด (12 คน) ซึ่งมีโอกาสคล้อยคลึงกันถ้าหากนำคำถามเพียง 3 ข้อนี้ไปคัดกรองโรคจิตในชุมชนใหญ่ หรือประชากรทั่วทั้งภาค อาจทำให้ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยอาการในข้ออื่นๆ ถูกละเลยและไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคจิต

7. ในการใช้แบบคัดกรองโรคจิตไปใช้คัดกรองผู้ป่วยในชุมชน สิ่งสำคัญประการหนึ่งคือสัมพันธภาพของผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยผู้สัมภาษณ์จะต้องบอกวัตถุประสงค์ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่ออะไรและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในขณะคัดกรองผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะโรคจิตยังคงเป็นโรคที่ทุกคนไม่พึงประสงค์ เป็นโรคที่เป็นตราบาปในสังคม ทั้งในชุมชนชนบทและชุมชนเมืองยังถือว่าโรคนี้เป็นโรคที่น่าอับอายและไม่อยากให้ใครทราบว่าภายในครอบครัวมีญาติป่วยเป็นโรคจิต (ปรารธนา บริจันทร์และคณะ , 2536 : 34)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษา ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคจิตในภาคอีสาน หรือทั่วทุกภาคของประเทศไทยโดยใช้แบบคัดกรองฉบับนี้
2. สร้างแบบคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและทำการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองเพื่อนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่เริ่มแรก

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2537.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือดูแลผู้ป่วยโรคจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2538.

เกษม ต้นติผลาชีวะ, อัมพร โอตระกุล, นงพงา ลิมสุวรรณ และอัมพล สุอำพัน.
บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.

คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติเรื่องสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิเคราะห์สถานภาพปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา ม.ป.ป.

ชมรมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. ระบาดวิทยาและการป้องกันโรค. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท. , 2529.

เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์, นุสรา ศิริรัศมี และวาทีณี บุญชะลิกย์. การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. ระบาดวิทยาของชนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท. , 2525.

ปรีชา อินโท. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง "ความสำคัญของการนิเทศงานกับการพัฒนางานสุขภาพจิต. ในการประชุมปฐมนิเทศงานกรมสุขภาพจิตในคณะผู้ตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2539 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2538 ณ โรงแรมหลุยส์ แทรเวอร์น, 2538.

ปรารณา บริจันทร์ และคณะ. การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2536.

ฝน แสงสิงแก้ว. ประวัติการแพทย์จิตเวชและสุขภาพจิต. ใน 80 ปีของจิตเวชในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา, 2512.

พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์. เอกสารประกอบการอภิปรายเรื่อง "ก้าวสู่ทศวรรษแห่งความเป็นเลิศในงานสุขภาพจิต". ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตแห่งชาติครั้งที่ 1 วันที่ 10 - 11 สิงหาคม 2538 โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ, 2538.

ภาควิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เอกสารประกอบการอบรมวิจัยทางระบาดวิทยา. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.

มาร์วิน โฟร์สโตน. ฝน แสงสิงแก้ว และคณะ. การสำรวจคนไข้จิตเวชที่แม่สะเรียง.
ว. สมาคมจิตแพทย์ฯ. 2522 ; 24 : 255 - 260.

ยุวดี ฤาชา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : วิกตอรีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2531.

----- . โลกกว้างทางการแพทย์. วัฏจักรวงการแพทย์. 2537 ; 4 : 6.

ศักดา กาญจนาวโรจน์กุล. คู่มือการรักษาผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2537.

ส่งศรี จัยสิน และคณะ. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในจังหวัดชลบุรี.

ว.กรมการแพทย์ 2528 ; 10 : 247 - 259.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **เครื่องชี้ภาวะสังคม 2532.**

กรุงเทพฯ : เม็ดทรายพริ้นติ้ง, 2535.

สำนักงานวิชาการ สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. **กรอบการวิจัยการสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - 2539.** กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2538.

สมชาย สุพันธุ์วนิช. เอกสารประกอบการสอนวิชา **Principle of Screening.** กรุงเทพฯ : ม.ป.ท. , 2538.

ส่วนวิจัยและพัฒนา สำนักพัฒนาสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานผลการสัมมนาเรื่อง กำหนดกรอบการวิจัยและประสานแผนการวิจัยของสถาบันสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2538 - 2539.** กรุงเทพฯ : สถาบันสุขภาพจิต, 2537.

อภิชัย มงคล และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2538.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 3rd ed. Washington D.C. : American Psychiatric Association, 1980.

de Salvia D. and et al. Prevalence and incidence of schizophrenic disorder in Portogruaro. **J-Nerv-Ment-Dis** 1993 ; 181 : 275 - 282.

Eaton W.W., et al. Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. **J. Nerv Ment Dis.** 1991 ; 179 : 689-693.

- Guinness E.A. Profile and prevalence of the brain fog syndrome : psychiatric morbidity in school populations in Africa. **Br J Psychiatry Suppl.** 1992 ; Apr (16) : 42-52.
- Kaplan and Sadock. **Comprehensive Textbook of Psychiatry/Vl.** vol 1. 6 th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
- Murphy JM. et al, Performance of screening and diagnostic tests : application of receiver operating characteristic analysis. **Arch Gen Psychiatry** 1987; 44 : 550 - 555.
- Nancy C.A. and Donald W.B. **Introductory Textbook of Psychiatry.** Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc. 1991.
- Susser E.S., Struening E.L. Diagnosis and screening for psychotic disorders in a study of the homeless. **Schizophr Bull** 1990 ; 16 : 133 - 145.
- World Health Organization. **The ICD - 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines.** Geneva : WHO, 1992.

ภาคผนวก

ประวัติผู้วิจัย

1. นายแพทย์ชวนันท์ ขาญศิลป์ (หัวหน้าโครงการวิจัย)

ตำแหน่ง นายแพทย์ 7

หน้าที่การงาน - หัวหน้าฝ่ายวิชาการ

- คณะอนุกรรมการพัฒนางานวิจัย ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น

การศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2530

- วุฒิปดฺรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล
สมเด็จพระเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2535

ผลงานวิจัย - ผู้วิจัยหลัก 1 เรื่อง การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต

2. นายแพทย์อภิชัย มงคล

ตำแหน่ง นายแพทย์ 8 ว.

หน้าที่การงาน - รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

- หัวหน้ากลุ่มงานนิติจิตเวช
- หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน
- ประธานคณะอนุกรรมการพัฒนางานวิจัย ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น

การศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2522

- นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปี พ.ศ. 2526

ผลงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย 2 เรื่อง

- การศึกษาเปรียบเทียบฤทธิ์ยานอนหลับของยาเทมาซีแพม
และยาฟลูราซีแพมในผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น
- การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต

3. นางสาวภัสรา เขมฐิโศติศักดิ์

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 7

หน้าที่การงาน - รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

- คณะอนุกรรมการพัฒนางานวิจัย ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น

การศึกษา

- บริหารธุรกิจบัณฑิต (การจัดการ) สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล
วิทยาเขตจรัลพงษ์ภูวนารถ กรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2519
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหาร
โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2535

ผลงานวิจัย

1. เป็นผู้วิจัยหลักต้นทุนต่อหน่วยงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2536
2. เป็นผู้วิจัยหลักต้นทุนโรคจิตเภทและโรคประสาท โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2536
3. เป็นผู้วิจัยหลัก การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต

4. นางวัชนี หัตถพนม

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

หน้าที่การงาน - ผู้ช่วยรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน

- คณะอนุกรรมการพัฒนางานวิจัย ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น

การศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาล อนามัยและผดุงครรภ์ (เกียรตินิยมอันดับ 2)
วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2518
- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล
นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526
- ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาล
สมเด็จพระเทพฯ ในปี พ.ศ. 2532

ผลงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย จำนวน 2 เรื่อง

1. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
2. การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติและแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผู้วิจัยหลักจำนวน 14 เรื่อง

1. การศึกษาสุขภาพจิตของมารดา ก่อนและหลังคลอด
2. การสำรวจระยะเวลาการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
3. ปัญหาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
4. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจิตวิทยาต่อครอบครัวและชุมชนของแรงงานไทยภายหลังจากทำงานในต่างประเทศ
5. การศึกษาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และการพัฒนาแนวทางป้องกัน
6. การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต
7. การศึกษาผู้ป่วยหลบหนีในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
8. การสำรวจปัญหาทางทันตสุขภาพและความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
9. การศึกษาผลการอบรมตามโครงการเสริมสร้างพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ
10. การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
11. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต
12. การศึกษาการถูกทำร้ายของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
13. การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชในโครงการธรรมบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
14. การศึกษา ความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงานการให้การปรึกษาของผู้ให้การปรึกษาในเครือข่ายเขต 6

5. นางสาวจิรารัตน์ พิมพ์ดีด

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6

หน้าที่การงาน พยาบาลประจำการตึกบุษบก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น

การศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2529
- พ.ศ. 2538 กำลังศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น

ผลงานวิจัย 1. เป็นผู้วิจัยหลักเรื่องการให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตคนงาน
โรงงานอุตสาหกรรมในเขตจังหวัดขอนแก่น
2. เป็นผู้วิจัยหลักเรื่องคุณภาพชีวิต การทำงานของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น
3. เป็นผู้วิจัยหลักเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต

6. นายคมชาย สุขยิ่ง

ตำแหน่ง นักจิตวิทยา 6

หน้าที่การงาน - นักจิตวิทยา ฝ่ายจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

การศึกษา - วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ในปี พ.ศ. 2527

ผลงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง

ผลของการทำงานในสภาวะมลพิษทางเสียงต่อสุขภาพจิต

ผู้วิจัยหลัก 3 เรื่อง

1. การให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตคนงาน
โรงงานอุตสาหกรรมในเขตจังหวัดขอนแก่น
2. คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
3. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต

7. นายพรดุลิต คำมีสินนท์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 4

หน้าที่การงาน - พยาบาลประจำการตึกชงโค ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น

การศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2536

ผลงานวิจัย - เป็นผู้วิจัยหลักเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต

8. นายนิมิต แก้วอาจ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 4

หน้าที่การงาน พยาบาลประจำการตึกโนรี ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2538

ผลงานวิจัย เป็นผู้วิจัยหลัก 2 เรื่อง คือ

1. การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบ
ปกติและแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
2. การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติ
ผู้ป่วยโรคจิต

แบบคัดกรองโรคจิต

เลขที่แบบสอบถามวัน.....เดือน.....ปี..... ☐ ☐ ☐ ID

สถานที่สัมภาษณ์ ☐ PLACE

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ นามสกุล (ญาติใกล้ชิด)
2. ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....(ผู้ให้ประวัติมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะอะไร)
3. ชื่อ นามสกุล (ผู้ป่วย)
4. อายุ ปี ☐ ☐ AGE
5. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ SEX
6. ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ED
7. สถานภาพสมรส ☐ FAMI
 1. โสด
 2. คู่
 3. หม้าย/หย่า
 4. แยกกันอยู่/ร้าง
8. มีอาชีพหลักคือ ☐ WORK
 1. ว่างาน
 2. เกษตรกรรม
 3. รับจ้างทั่วไป
 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 5. ลูกจ้างเอกชน
 6. อื่น ๆ
9. รายได้ บาท/เดือน (ของผู้ป่วย) ☐ INCOME
10. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ SICK
11. มีผู้ดูแลหรือไม่ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ LOOK

12. เคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการ

☐ HOS

☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย

1. อาละวาด

2. ซึมเศร้า

3. ชัก

4. อื่น ๆ

13. ปัจจุบันยังคงรักษาอยู่หรือไม่ (ในกรณีตอบข้อ12 ให้ตอบข้อนี้ด้วย) ☐

☐ 1. รักษา ☐ 2. ไม่รักษา

14. มีประวัติของโรคต่อไปนี้หรือไม่

☐ Di

☐ มี ☐ ไม่มี

1. ปัญญาอ่อน

2. ลมชัก

3. อื่น ๆ

ชื่อ สกุลผู้สัมภาษณ์

หมวดที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่พบเห็น

จงกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบเห็น

	จากการสัมภาษณ์ญาติ	
	มี	ไม่มี
1. พูดเพื่อเจือคนเดียว		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าววุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวเองออกจากสังคมไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7. หูแว่ว เห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		

	จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย	
	มี	ไม่มี
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่ว เห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		

คะแนนรวมทั้งหมด

หมายเหตุ

- แบบสัมภาษณ์หมวดที่ 2 มีทั้งหมด 11 ข้อ สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 8 ข้อและสัมภาษณ์ผู้ป่วย 3 ข้อ
- การให้คะแนน ถ้ามีอาการในข้อใดให้คะแนน 1 คะแนน ไม่มีอาการให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนรวมหมายถึงคะแนนรวมในแต่ละหมวดที่สัมภาษณ์จากญาติและผู้ป่วย คะแนนรวมทั้งหมดหมายถึงคะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วยรวมกันที่ตอบว่า "มี"

คู่มือในการใช้แบบคัดกรองโรคจิต

โรคจิต หรือตามความเข้าใจของชาวบ้านว่า ผีบ้า บ้า
ภายใน 1 เดือน จนถึงปัจจุบันนี้มีอาการเหล่านี้หรือไม่
(มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)

แบบสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด	
ภาษากลาง	ภาษาอีสาน
1. พูดเพ้อเจ้อคนเดียว หมายถึง ลักษณะการพูดที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. พูดคนเดียวไปเรื่อย ๆ 2. เปลี่ยนเรื่องพูดไปเรื่อย ๆ เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน 3. พูดมากหรือพูดเร็วกว่าปกติ 2. แต่งตัวที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งกายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. สวมเสื้อผ้าที่สกปรกโดยไม่ยอมเปลี่ยนหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่วันละหลาย ๆ ครั้ง 2. ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เช่น ไม่อาบน้ำ หนวดเครา หรือผมเผ้ารุงรัง สกปรก มีคราบโคลตามตัว หรืออาบน้ำบ่อย ๆ 3. แก้วผ้าในที่สาธารณะ 4. ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวด้วยเครื่องประดับไปมากกว่าเดิมจนผิดกาละเทศะ เช่น แต่งชุดลูกเสือที่ไม่ใช่งานเทศกาลต่าง ๆ 3. ก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ได้แก่ การอาละวาดทำลายข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น โดยไม่มีเหตุผล 4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สูงส่งกับใคร หมายถึง พฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1. เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง 2. แยกตัวเองอยู่คนเดียว ไม่สูงส่งกับใคร	1. เว้าไปทั่วไปตีป หมายถึง ลักษณะการเว้าที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. เว้ามูม ๆ มั่ม ๆ ผู้เดียว 2. เว้าบ่มีหม่องลง เว้าหลายเรื่อง 3. เว้าหลายเว้าหมคมื้อ เว้าเร็วกว่าปกติ 2. การแต่งตัวบ่คือเก่า แต่งตัวบ่เหมาะสม ได้แก่ ความผิดปกติของการแต่งตัวข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. มักใส่เสื้อผ้าเก่าบ่ยอมซัก หรือเปลี่ยนเสื้อใหม่คู้ 2. บ่สนใจความสะอาดเจ้าของ เช่น บ่อาบน้ำ หนวดเคราหรือผมเผ้ารุงรัง สกปรก มีขี้ตะหลินตามตัว หรืออาบน้ำคู้ 3. แก้วผ้าเดินโทง ๆ 4. ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด และแต่งตัวใส่เครื่องประดับหลายกว่าเก่า แต่งตัวบ่ถูกยาม เช่น ผ้าแดงโพกหัว แต่งชุดลูกเสือ หมอลำ แต่งชุดนกมวย 3. เอะอะโวยวาย ตีฆ่าผู้อื่น โดยบ่มีเหตุผลหรือไผขัดใจบ่ได้ สุนขึ้นแอง ซิตีซิม่า 4. แยกตัวเองบ่สังคมกับไผ หมายถึง มีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. อักซงอยู่แต่ในห้อง 2. แยกตัวเองบ่สังคมกับไผ บ่เว้ากับไผ

แบบสัมภาษณ์ญาติหรือบุคคลใกล้ชิด	
ภาษากลาง	ภาษาอีสาน
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. กลัวคนจะมาทำร้าย 2. คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด 3. ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม 4. สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง 6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ได้แก่ ผู้ที่มี 1. เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์ 2. คิดว่าตนเองร่ำรวย แจกจ่ายเงิน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร 3. คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์ 7. หูแว่ว เห็นภาพหลอน มีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูด หรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว 2. เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น 3. พูดคนเดียวเหมือนกับได้ตอบกับใคร 4. ทำตามเสียงแว่วที่สั่ง 8. มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป มีพฤติกรรมที่ผิดปกติข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1. หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล 2. กราบไหว้บ่อยโดยไม่มีเหตุผล 3. เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ	5. ย่าบ่สมเหตุสมผล มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. ย่าคนมาตีมาฆ่า 2. มีคนคอยหาเรื่องหาราวไล่ 3. คิดย่าคนมาหลอหลង 4. ย่าจนต้องเก็บหมอน เก็บมิด หรืออาวุธไว้ป้องกันโต 6. คิดว่าเข้าของมีความสามารถกว่าคนอื่น เก่งกว่าผู้อื่น ได้แก่ ผู้ที่มี 1. โอ้อวดว่าเข้าของเป็นผู้วิเศษ 2. คิดอวดห่างอวดมี อ้างโตว่ารวยแต่บ่มี แจกเงินบ่สมเหตุสมผล 3. คิดว่าโตเป็นคนสำคัญ คิดว่าโตเส้นใหญ่ 7. หูแว่ว เห็นภาพหลอน มีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. ได้ยินเสียงเว้า เสียงเอ็น บ่เห็นโต 2. เห็นภาพอีหยังคนเดียว 3. เว้าตอบโต้กับเสียงแว่วผู้เดียว (เหอ ๆ ขึ้นมาเอง) 4. เฮ็ดตามเสียงแว่วสั่ง 8. เฮ็ดอีหยังต่างไปจากหมู่ โดยมีข้อหนึ่งข้อใดดังต่อไปนี้ 1. คี้อหัว คี้อไห้ สำแดงแท้ (หัวก๊าก ๆ ฮ้องไห้ไ้ร้น) 2. ไหว้คู่ ไหว้ตะพีดตะพื่อ 3. เก็บสะสมของมะนุ่ง มะนั้ง มะนึ่งพึ่งพิด เช่น เศษขยะ เศษกระป๋อง เศษขวด ฯลฯ

แบบสัมภาษณ์คนไข้	
ภาษากลาง	ภาษาอีสาน
1. มีอาการหวัดระแวง มีพฤติกรรมซื้อใดซื้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. กลัวคนจะมาทำร้าย 2. คิดว่าตนเองถูกกลั่นแกล้งหรือถูกจับผิด 3. ระแวงว่ามีคนคอยติดตาม 4. สะสมอาวุธไว้ป้องกันตัวจากความระแวง 2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดาได้แก่ผู้ที่มี 1. คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์ 2. คิดว่าตนเองร่ำรวย คิดอยากแจกจ่ายเงินทองโดยญาติไม่เห็นด้วย 3. คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญหรือมีความสัมพันธ์กับผู้สูงศักดิ์ 3. พูแว่ว เห็นภาพหลอน มีอาการซื้อใดซื้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. ได้ยินเสียงโดยไม่เห็นตัวคนพูดหรือได้ยินเสียงเพียงคนเดียว 2. เห็นภาพที่คนอื่นไม่ได้เห็น 3. พูคนเดียวเหมือนกับได้ตอบกับใคร 4. ทำตามเสียงแว่วสั่ง	1. คิดย่านขึ้นมาเอง มีลักษณะซื้อใดซื้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. ย่านคนมาตีมาฆ่า 2. มีคนคอยหาเรื่องหาราวใส่ 3. คิดย่านคนมาหลอนหลัง 4. ย่านจนต้องเก็บซ่อนเก็บมิดหรืออาวุธไว้ป้องกันโต 2. คิดว่าเจ้าของมีความสามารถกว่าคนอื่น เก่งกว่าผู้อื่น ได้แก่ผู้ที่มี 1. คิดว่าเจ้าของเป็นผู้วิเศษ 2. คิดว่าเจ้าของร่ำรวย คิดอยากแจกจ่ายเงินทอง 3. คิดว่าโตเป็นคนสำคัญ คิดว่าโตเส้นใหญ่ 3. พูแว่ว เห็นภาพหลอน มีอาการซื้อใดซื้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. ได้ยินเสียงแว่ว เสียงเ็น บ่เห็นโต 2. เห็นภาพอีหยังคนเดียว 3. มีเว้ากับเสียงแวคนเดียว 4. เฮ็ดตามเสียงแวสั่ง

ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านดง จำแนกตาม เพศ อายุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	58.33
หญิง	5	41.67
อายุ		
< หรือเท่ากับ 20 ปี	-	-
21 - 30 ปี	7	58.33
31 - 40 ปี	-	-
41 - 50 ปี	2	16.67
51 - 60 ปี	2	16.67
> 60 ปี	1	8.33
รวม	12	100.00

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยโรคจิต (ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ 2 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58.33 อายุ 21 - 30 ปี มากที่สุดร้อยละ 58.33 น้อยที่สุดคืออายุมากกว่า 60 ปี และไม่มีผู้ป่วยที่มีอายุระหว่างช่วง 31 - 40 ปี เลย

ตารางที่ 21 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านคง จำแนกตามสถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	5	41.67
คู่	6	50.0
หม้าย/หย่า/ร้าง	1	8.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	-	-
ประถมศึกษา	9	75.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	-	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	25.0
ประกาศนียบัตร/อาชีวศึกษา	-	-
ปริญญาตรี	-	-
รวม	12	100.00

จากตารางพบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ คู่ ร้อยละ 50
ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 75 และรองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 25

ตารางที่ 22 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านดง จำแนกตามอาชีพ และมีผู้ดูแลหรือไม่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ว่างงาน	1	8.33
เกษตรกรรม	8	66.67
รับจ้างทั่วไป	3	25.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-
อื่น ๆ	-	-
มีผู้ดูแลหรือไม่		
มี	11	91.67
ไม่มี	1	8.33
รวม	12	100.00

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 66.67 รองลงมา มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25 น้อยที่สุดคืออาชีพว่างงาน ร้อยละ 8.33 มีผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 91.67

ตารางที่ 23 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต ณ บ้านคง จำแนกตามเคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลและปัจจุบันยังคงรักษาอยู่หรือไม่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการเหล่านี้หรือไม่		
มี	12	100.00
ไม่มี	-	0.00
ได้แก่อาการ		
อาละวาด	5	41.67
ซึมเศร้า	2	16.67
ชัก	1	8.33
อื่น ๆ	4	33.33
2. ปัจจุบันยังคงรักษาอยู่หรือไม่		
รักษา	4	33.33
ไม่รักษา	8	66.67
รวม	12	100.00

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยเคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยละ 100 ด้วยอาการอาละวาดร้อยละ 41.67 รองลงมามีอาการอื่น ๆ ซึ่งหมายถึงหลายอาการด้วยกัน ร้อยละ 33.33 และน้อยที่สุดมีอาการชักร้อยละ 8.33 ปัจจุบันยังคงรักษาอาการดังกล่าวอยู่ร้อยละ 33.33